



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

2 45 0173 6015



LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD

S. DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

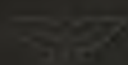
Par les Professeurs
de la Faculté de Paris



M. GUIBE

Chirurgie de
l'Abdomen

MASSON et C^e, ÉDITEURS
PARIS



1908

LANE

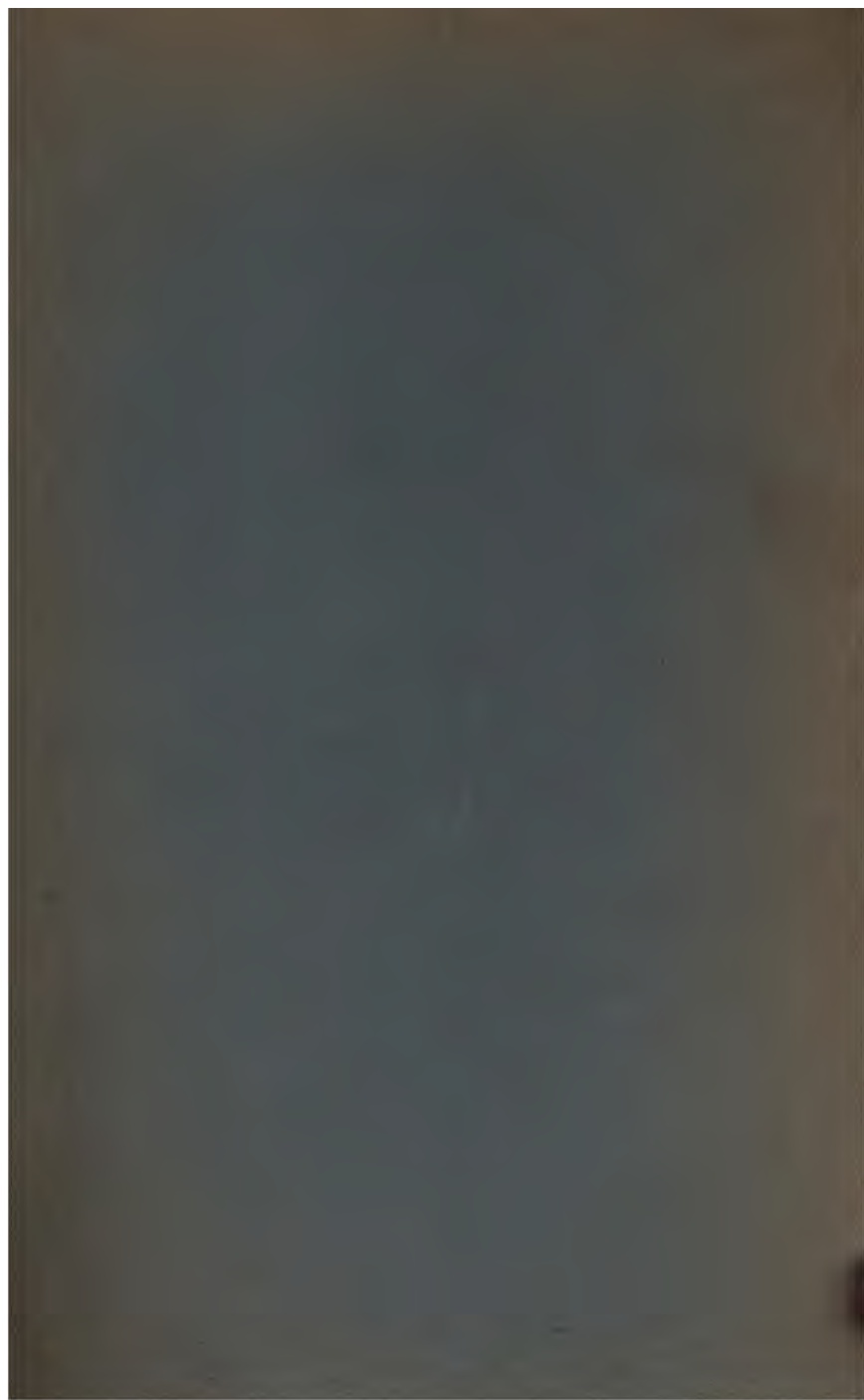
MEDICAL



LIBRARY

Gift

Mr. V. E. Caglieri



PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIE
DE L'ABDOMEN

Le *Précis de Technique opératoire* est divisé en 7 volumes.

Tête et cou, par Ch. LENORMANT (2^e édition).

Thorax et membre supérieur, par A. SCHWARTZ.

Membre inférieur, par GEORGES LABEY.

Abdomen, par M. GUIBÉ (2^e édition).

Appareil urinaire et appareil génital de l'homme, par
PIERRE DUVAL (2^e édition).

Appareil génital de la femme, par ROBERT PROUST.

Pratique courante et Chirurgie d'urgence, par VICTOR
VEAU (2^e édition).

Chaque volume, cartonné toile et illustré de plus de 200 figures,
la plupart originales. 4 fr. 50

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE
PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIE
DE L'ABDOMEN

PAR

M. GUIBÉ

DEUXIÈME ÉDITION
avec 229 figures dans le texte

PARIS
MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1908

*Tous droits de traduction et de reproduction
réservés pour tous pays.*

INTRODUCTION

Par le D^r Paul BERGER,

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris.

« Quiconque écrit sur la médecine opératoire, a dit M. Farabeuf dans la préface de sa première édition des *Ligatures*, trouve deux rôles à remplir; dans le chirurgien, en effet, il y a deux hommes : le clinicien, qui juge des indications, de l'opportunité de l'opération, etc., et l'opérateur qui l'exécute. »

Restant dans les anciennes traditions de l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris, c'est aux opérateurs qu'est destiné ce livre. Comme le *Précis de Manuel opératoire*, de M. Farabeuf, le *Précis de Technique opératoire* est né dans cette école; il est le produit et en quelque sorte l'expression de son enseignement.

Celui-ci s'est transformé ou plutôt il s'est complété dans ces dernières années. A l'étude classique des ligatures, des amputations, des résections, est venue se joindre la démonstration de toutes les opérations réglées qui se pratiquent sur la tête, le cou, le thorax, l'abdomen et sur les organes qui y sont contenus. Cet enseignement, confié comme le premier aux prosecteurs de la Faculté et réparti entre eux, vise le même but : c'est la précision anatomique introduite dans la technique opératoire. A ce point de vue, aucun exercice n'est supérieur à la pratique des ligatures artérielles et de certaines amputations; non seule-

ment celle-ci donne aux commençants et développe même chez les maîtres l'habitude du couteau sans laquelle il n'est pas de chirurgien, mais elle astreint ceux qui les exécutent à la discipline sévère de la recherche du point de repère. C'est ce double caractère qui a fait de l'École pratique une incomparable pépinière d'opérateurs; mais on a depuis longtemps reproché à cet enseignement trop limité de méconnaître les besoins actuels des élèves, et, par conséquent, de la majorité des médecins.

Ceux-ci, parmi les opérations sans nombre qu'ont fait apparaître les progrès de la chirurgie moderne, lorsqu'ils sont mis en présence d'un cas où peut être requise une de ces opérations nouvelles, veulent qu'on leur désigne un procédé, un seul, le meilleur, le plus sûr et qu'on leur jalonne en quelque sorte la route de point en point jusqu'à l'exécution complète du plan que ce procédé comporte; ce plan ils veulent pouvoir le tracer et le réaliser sur le cadavre, pour le retrouver, quelque modifié qu'il puisse être par les conditions pathologiques, sur le vivant.

C'est à ce besoin qu'a répondu le nouvel enseignement, inauguré il y a quelques années à l'École pratique et qui reconnaît à la chirurgie tout entière la même base anatomique, la détermination de la ligne et la recherche du point de repère; ce cours de technique chirurgicale et de manuel opératoire appliqués à toutes les opérations nouvelles, et en quelque sorte reproduit dans ce *Précis de Technique opératoire* que les prosecteurs de la Faculté de médecine livrent au public.

Ils n'ont eu pour objet ni les indications des opérations qu'ils décrivent, ni la comparaison des méthodes et des procédés au point de vue du but thérapeutique à remplir, ni les résultats et les discussions que ceux-ci soulèvent.

L'indication est établie; on a fait choix de la méthode, du procédé, en un mot de l'opération à faire; quel que soit le résultat qu'on en puisse retirer, ce sont les règles de son exécution qu'il faut établir et qu'il faut démontrer.

Tel était déjà le plan qu'avait suivi M. Farabeuf, dans son *Précis de Manuel opératoire*, pour les ligatures d'artères, les amputations, les résections; tel est celui que, pour toutes les autres opérations réglées, se sont proposés les Prosecteurs de la Faculté, poursuivant l'œuvre de leur prédécesseur, sans toucher au champ que celui-ci avait déjà parcouru et sans revenir sur les sujets qu'il a en quelque sorte épuisés dans son ouvrage.

Le *Précis de Technique opératoire* forme avec celui-ci un tout complet qu'on pourrait intituler le Guide de l'élève et du praticien dans l'exécution des opérations chirurgicales.

Il est, en effet, destiné aux élèves, non point à ceux qui n'ont en vue que le succès d'un examen ou d'une épreuve de concours, mais à ceux qui veulent par l'étude des opérations sur le cadavre se rompre aux difficultés dont ils devront triompher lorsqu'ils auront à les appliquer sur le malade et le blessé. Certains opérateurs, étourdis par la sécurité que l'ischémie pré-opératoire, l'emploi des pinces hémostatiques, les progrès de l'instrumentation et surtout les garanties réalisées par l'asepsie donnaient aux opérations, ont pu croire et dire que point n'était besoin de savoir l'anatomie pour être un chirurgien; c'est le principe contraire sur lequel est fondée toute la chirurgie moderne; pour opérer avec sûreté, il faut avoir cette correction que seule peut donner la fréquentation des amphithéâtres de médecine opératoire; une opération ne marche jamais mieux que lorsqu'on a pu en étudier et en répéter les temps successifs sur le sujet.

Le *Précis de Technique opératoire* est donc avant tout un manuel qui permet, sur le cadavre, de se préparer aux opérations que l'on doit exécuter sur le vivant. Il ne sera pas moins utile à ceux — et c'est le plus grand nombre — qui n'ont point à leur disposition un amphithéâtre où ils puissent repasser les règles de l'acte chirurgical qu'ils auront prochainement à accomplir, aux praticiens qui sont dans l'obligation de pratiquer à bref délai une opération qu'ils n'ont jamais ou qu'ils n'ont que rarement eu l'occasion de faire ou de voir faire par leurs maîtres.

Ils y trouveront le manuel détaillé des opérations courantes que tout médecin, livré à ses seules ressources, peut être appelé à exécuter s'il ne veut laisser périliter son malade : la trépanation de la mastoïde, l'opération de l'appendicite aiguë, les sutures intestinales, par exemple; ils y trouveront aussi les directions qui leur permettront l'abord des interventions plus compliquées et d'un ordre plus élevé, quand ils s'y trouveront encouragés par leurs aptitudes chirurgicales.

Pour ôter au lecteur toute incertitude et pour lui éviter d'avoir à se prononcer entre des procédés qu'il ne serait pas toujours à même de juger, il importait de faire pour lui ce choix, et parmi ces procédés de ne lui en présenter qu'un seul pour une opération déterminée; c'est ce qu'ont fait les auteurs. Ils ont, à dessein, passé sous silence tout ce qui n'est pas pour eux ce procédé de choix, négligeant toutes les variantes, passant sous silence parmi les modalités opératoires celles qui n'ont qu'un intérêt historique, forcés souvent de ne pas mentionner certaines pratiques utiles à connaître et parfois même bonnes à suivre; pour réaliser l'unité, la simplicité dans l'action comme dans l'exposition, ils ont tenu, pour chaque but à remplir,

à ne proposer à l'opérateur qu'un plan et à lui en tracer les lignes sans lui permettre d'en dévier.

Nous avons dit que dans toute opération ce plan, cette ligne de conduite étaient basés sur la connaissance exacte de l'anatomie de la région sur laquelle on opère.

Un résumé clair et précis de ces notions était donc nécessaire pour servir d'introduction à la description d'un grand nombre de ces procédés. Cette introduction éclaire et abrège tout à la fois l'exposé de la technique opératoire, en rappelant les dispositions qui peuvent servir de point de repère dans la recherche d'un organe, celles qui, dans l'opération, peuvent créer des difficultés et des dangers, et qu'on n'a plus qu'à signaler d'un mot au cours de la description de l'acte opératoire lui-même.

Est-il besoin de dire que la lecture d'un procédé opératoire ne se fixe jamais dans l'esprit comme le fait son exécution, soit sur le cadavre, soit bien mieux encore sur le vivant. Mais, à défaut de ce moyen d'étude, des figures simples et claires, précises autant que sobres de détails, représentant chacun des principaux actes, chacun des temps successifs de l'opération, permettent d'en suivre la description et de s'acheminer de station en station vers son achèvement, comme on le ferait l'instrument à la main. Cette représentation par l'image est non seulement le complément obligé, mais l'une des parties les plus essentielles de l'enseignement par le livre.

Il est pour celui-ci ce qu'est la démonstration de l'opération à l'amphithéâtre dans l'enseignement pratique de la médecine opératoire. C'est dire le soin avec lequel les auteurs ont tenu à ce que chacune de leurs descriptions fût accompagnée de figures nouvelles, exécutées sur leurs préparations, d'après leurs indications : il y avait à cet

égard un double écueil à éviter : trop exactement reproduite, ainsi qu'elle résulte souvent de la photographie, la représentation d'un temps opératoire est parfois obscure, surchargée de détails confus, et difficile à interpréter ; schématique, elle cesse souvent d'être vraie et de donner une notion exacte de ce que l'on aura à constater au cours de l'opération : il y a donc un terme moyen à trouver, et les très nombreuses figures qui illustrent le texte semblent le réaliser d'une manière à peu près irréprochable.

Me sera-t-il permis de dire ce que je pense de la rédaction de cet ouvrage ? Ainsi que je le rappelais tout à l'heure, le prosectorat à la Faculté de Médecine est l'École à laquelle se sont formés presque tous nos chirurgiens ; forcés d'apprendre pour enseigner aux autres, les prosecteurs gagnent à cet exercice incessant et simultané de la parole et de la main, à l'élaboration intellectuelle qui l'accompagne, une précision, une sûreté impeccables dans l'exécution des opérations, une méthode et une clarté que peu d'autres acquièrent dans l'exposition des procédés qu'ils démontrent aux élèves. Internes ou anciens internes des hôpitaux, ils ont, en voyant opérer leurs maîtres, très souvent en opérant eux-mêmes, complété ce que l'exécution exclusive des opérations sur le cadavre laisse d'imparfait dans l'éducation chirurgicale. Forcés d'ailleurs de fournir dans un temps limité un enseignement complet des matières qu'ils ont à traiter à l'École, ils étaient particulièrement doués pour entreprendre la tâche qu'ils se sont imposée, et pour la mener vite à bien. Présentée de la sorte au lecteur, leur œuvre représente bien ce qu'elle doit être : l'exposé de la technique chirurgicale au moment précis où nous sommes.

Janvier 1904.

PRÉFACE DES AUTEURS

Ce *Précis de Technique opératoire* est la publication simple des cours de médecine opératoire, que la Faculté nous confie pendant le semestre d'été. La haute direction de cet enseignement appartient à M. le Professeur P. BERGER, qui nous fait l'honneur d'inscrire son nom en tête de cet ouvrage; nous lui en sommes profondément reconnaissants.

Ces cours, qui comprennent toute la chirurgie opératoire des viscères et des membres, ont été créés par M. le Professeur TERRIER. M. H. HARTMANN, sous-directeur des travaux de médecine opératoire, s'est dévoué à l'organisation de cet enseignement spécial à notre École pratique; il l'a fait sien. C'est à lui qu'il faut attribuer le succès croissant que ces cours remportent auprès des docteurs français et étrangers à qui ils sont réservés.

Ce succès, comme aussi l'absence d'un précis de technique opératoire, nous engage à publier nos cours tels que nous les professons.

C'est œuvre solidaire de tous les prosecteurs de la Faculté : chacun de nous traite dans cet ouvrage la partie qu'il enseigne.

Ces livres ne peuvent donc être que de la technique opé-

ratoire. Il n'y est décrit que les opérations typiques, sans que nous puissions envisager les multiples modifications de détail que la variabilité de l'état pathologique peut imprimer à une intervention.

Ce *Précis* s'adresse aux étudiants, qui y trouveront l'enseignement de la chirurgie opératoire dont ils ont besoin pour leurs études et qui, aujourd'hui, fait véritablement partie de l'éducation médicale.

Il s'adresse aussi aux docteurs, qui doivent tous connaître la technique opératoire, car la pratique chirurgicale n'est plus, comme autrefois, réservée à une élite peu nombreuse.

Il est des opérations que tout docteur doit savoir exécuter.

Le but de ces livres est de donner un procédé choisi pour chaque intervention, et, par une description très détaillée et très figurée, la compréhension complète de l'acte opératoire et la possibilité de l'exécuter immédiatement.

Pour chaque opération, un seul procédé est donné, celui que notre expérience de prosecteurs et la pratique chirurgicale de nos maîtres ont choisi.

Ce procédé, le plus souvent, combine les techniques de différents chirurgiens ; il emprunte aux uns et aux autres les manœuvres qui nous ont semblé bonnes ; il est donc impersonnel.

La bibliographie serait donc ici inutile, nous l'avons complètement laissée de côté.

Nous avons cru utile de réunir dans un livre spécial de « Pratique courante et chirurgie d'urgence » toutes les interventions qui constituent pour le praticien la chirurgie journalière, et la chirurgie d'exception à laquelle il ne saurait se refuser.

Fait dans un but immédiatement pratique et urgent, il est le seul de nos livres qui donne des indications opératoires et envisage les soins généraux et particuliers; les autres ne contiennent que de la technique pure.

Nous avons pris soin de faire des descriptions très détaillées, ne négligeant aucun détail sur les positions de l'opéré, du chirurgien, de son aide, sur le maniement des différents instruments.

A cette description, nous avons adjoint un nombre considérable de figures : chaque position, chaque temps opératoire sont représentés; les détails anatomiques essentiels sont à tout moment figurés.

La combinaison d'une description très précise et d'une illustration très détaillée nous a semblé indispensable pour obtenir la netteté et la clarté dans l'exposition.

Nos éditeurs, MM. Masson et C^{ie}, nous ont laissé pour l'illustration de ces livres une liberté entière. Le nombre considérable de figures nouvelles qu'ils nous ont accordé montre quel vif intérêt ils prennent aux méthodes d'enseignement; nous ne saurions trop les en remercier.

Janvier 1904.

DIVISION DES 7 VOLUMES

DU

PRÉCIS DE TECHNIQUE OPÉRATOIRE

TÊTE ET COU (Ch. Lenormant.)

Crâne. — Technique générale de la craniotomie, craniectomie, interventions sur le sinus latéral, le cervelet et la méningée moyenne.

Oreille et mastoïde. — Trépanation simple, évidemment pétromastoïdien, traitement des complications intra-craniennes.

Squelette de la face. — Trépanation des sinus de la face (sinus frontal, sinus maxillaire, cellules ethmoïdales et sphénoïdales). résections du maxillaire supérieur (totale et partielle), ostéotomies pour aborder l'orbite et le naso-pharynx, ostéotomies et résections du maxillaire inférieur.

Nerfs de la face. — Trijumeau, ganglion de Gasser, facial.

Bouche, pharynx, glandes salivaires. — Bec-de-lièvre et divisions du voile du palais, amputations de la langue, pharyngotomies, extirpation des glandes sous-maxillaire et parotide.

Larynx, trachée, corps thyroïde. — Laryngotomie, laryngectomies totale et partielle, trachéotomie, chirurgie du corps thyroïde.

Cou. — Vaisseaux, nerfs, torticollis, œsophagotomie cervicale.

THORAX — MEMBRE SUPÉRIEUR (A. Schwartz.)

THORAX

Sein. — Ablation partielle du sein, ablation totale du sein, curage de l'aisselle.

Parois thoraciques, plèvre et poumons. — Résection costale, thoracectomie sans ouverture de la plèvre, thoracectomie avec ouverture de la plèvre, pneumotomie.

Médiastin antérieur. — Ponction du péricarde, péricardotomie, suture du cœur.

Médiastin postérieur. — Bronchotomie, œsophagotomie externe, œsophagectomie.

Voie thoraco-abdominale. — Voie transpleurale, voie sous-pleurale.

Rachis. — Résection des apophyses épineuses, des lames vertébrales.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Découverte des nerfs. — Plexus brachial, nerfs médian, cubital, radial, circonflexe.

Incision des gaines synoviales. — Gaine radiale, gaine cubitale.

Chirurgie des os, des articulations. — Arthrotomies, extirpations osseuses.

Ostéosynthèse. — Ostéosynthèse en général, ostéosynthèse particulière (suture de l'olécrane).

MEMBRE INFÉRIEUR (G. Labey.)

Os et articulations. — Ostéotomies : sous-trochantérienne cunéiforme, transversale et oblique, du corps du fémur, supra-condylienne, condylotomie, des os de la jambe, symphyséotomie, résections diaphysaires et trépanations. Arthrotomies de la hanche, du genou, du cou-de-pied, de la médio-tarsienne. Résections de la hanche, du genou, de la tibio-tarsienne, extirpation de l'astragale, arthrodèse tibio-tarsienne. Suture et cerclage de la rotule. Amputation ostéo-plastique, fémoro-tibiale; amputation ostéo-plastique de jambe, amputation ostéo-plastique tibio-astragalienne, tarsectomies cunéiforme dorsale, externe et interne, etc....

Muscles et tendons. — Suture du tendon rotulien, suture du tendon d'Achille, ténotomies du couturier, des muscles de la patte d'oie, des adducteurs, etc...; allongement et raccourcissement du tendon d'Achille, anastomoses musculo-tendineuses (jambier antérieur et extenseur des orteils, tendon d'Achille et péroniers, etc...).

Vaisseaux. — Résections des saphènes.

Nerfs. — Découverte des nerfs (crural, saphène interne, fémoro-cutané, sciatique poplitée externe, interne, musculo-cutané, tibial antérieur, tibial postérieur et plantaires, honteux interne).

ABDOMEN (M. Guibé.)

Paroi abdominale. — Technique des laparotomies, traitement des éventrations, cure radicale des hernies, hernie inguinale, hernie crurale, hernie ombilicale, traitement des hernies étranglées, kélotomie.

Estomac. — Exploration, gastrotomie, gastrostomie, gastro-entérostomie, gastrectomie, résection du cardia, gastroplication, gastropexie.

Intestin. — Sutures intestinales, entérectomies et entérorraphies, jéjunostomie, exclusion de l'intestin, traitement de l'invagination intestinale, résection du segment iléocæcal, résection de l'appendice, résection des côlons, anus iliaque temporaire, anus iliaque définitif, coloexie, cure de l'anus contre nature.

Rectum et anus. — Résection des hémorroïdes, extirpation périnéale et abdomino-périnéale du rectum, résection du rectum par voie anale et par voie sacrée, rectococcypexie, myorraphie des releveurs, rectotomie postérieure.

Annexes du tube digestif. — Voies d'abord du foie (voies péritonéale, sous-pleurale, transpleurale), suture et tamponnement du foie, résection du foie, kysto-hépatostomie, hépatotomie pour abcès, hépatopexie.

Exploration des voies biliaires, cathétérisme des voies biliaires, cholécystotomie, cholécystostomie, cysticotomie, cholécystentérostomie, cholécystectomie, cholédochotomie (sus-duodénale, rétro-pancréatique, transduodénale, duodénotomie). Résection du canal cholédoque.

Splénectomie, splénopexie.

Voies d'abord du pancréas.

Omentopexie.

**APPAREIL URINAIRE
ET APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME
(Pierre Duval.)**

Appareil urinaire. Rein et bassin. — Voie lombaire, voie transpéritonéale, découverte du rein, néphropexie, néphrotomie, néphrorraphie, néphrostomie, néphrectomies, pyélotomie, pyélo-rénoplicature, urétéro-pyélonéostomie.

Uretere. — Découverte de l'uretère, segments rénal, lombaire, pelvien; voie transpéritonéale, voie sous-péritonéale, uretère pelvien chez la femme, urétérotomie, urétéroplasties, urétérectomies, urétérorraphies, greffes de l'uretère.

Vessie. — Cystotomie, taille hypogastrique longitudinale et transversale, taille vaginale, taille sous-symphysaire, cystorraphie, cystostomies, cystectomies, curettage de la vessie.

Prostate. — Voie périnéale, voie endo-vésicale, prostatectomies.

Urètre. — Urètre de l'homme, urétrotomies internes et externes, boutonnière périnéale, urétérectomies, urétrorraphies, urétrostomie périnéale, urétéroplasties, hypospadias; urètre de la femme, urétrotomie interne et externe, urétéroplasties, urétérectomies.

Appareil génital de l'homme. — Chirurgie du testicule et de ses enveloppes, résection du scrotum, chirurgie de la vaginale, castrations, épидидymectomie, orchidotomie, chirurgie du cordon spermatique, de la vésicule séminale, du pénis, émasculatation totale.

APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME

(Robert Proust.)

Vulve, vagin, périnée. — Déchirures du périnée, incomplètes et complètes, prolapsus. Périnéorraphie, procédés par avivement et par dédoublement. Déchirures complètes. Technique des sutures rectales, reconstitution du sphincter, colporraphie antérieure, colporraphie à plicature profonde, périnéoplastie par glissement, myorraphie des releveurs de l'anus.

Fistules vésico-vaginales; voie vaginale, procédés par avivement et par dédoublement, voie ischio-rectale; voie sus-pubienne, oblitération indirecte, colpocleisis, fistules vésico-utérines, avivement et procédé mixte, hystéro-stomatocleisis et hystéro-cleisis vésical, fistules urétéro-vaginales et urétéro-cervicales; fistules recto-vaginales, voie vaginale, avivement et dédoublement, autoplastie par glissement, voie périnéale, abaissement du rectum, dédoublement du périnée, voie vagino-périnéale, fistules recto-périnéales, abaissement du rectum.

Utérus et annexes. Voie vaginale. — Dilatation du col, discision du col, curettage, stomatoplastie, redressement utérin, cunéo-hystérectomie vaginale, hystéropexie vaginale, trachélorraphie,

amputation sous-vaginale du col à un et à deux lambeaux, amputation sus-vaginale, hystérectomie vaginale, morcellement, hémisection antérieure et évidement conoïde, hémisection de l'utérus, extirpation des annexes, myomectomie.

Voie abdominale. — Hystéropexie abdominale, raccourcissement extra-péritonéal et intra-péritonéal des ligaments ronds, raccourcissement des ligaments larges.

Hystérectomie abdominale totale, procédé classique, procédé américain, décortication sous-péritonéale sans hémostase préalable, hémisection, hystérectomie sub-totale, hystérectomie par section première du col, hystérectomie pour prolapsus, opération césarienne et opération de Porro, myomectomie, oophoro-salpingectomie, castration utéro-annexielle, opérations conservatrices sur les annexes.

PRATIQUE COURANTE ET CHIRURGIE D'URGENCE (Victor Veau.)

Généralités. — Incision, hémostase, suture, anesthésie locale, greffes simples, abcès froids.

Tête et cou. Thorax. — Interventions d'urgence dans les fractures du crâne, corps étrangers, trépanation de la mastoïde, abcès, trachéotomie, pleurésies purulentes.

Abdomen. — Laparotomie pour traumatismes, péritonites aiguës, hernies étranglées, cure radicale de la hernie inguinale et crurale, anus temporaire, occlusion intestinale, anus définitif, cancer du rectum.

Rectum et anus : dilatation, hémorroïdes, abcès péri-anaux, fistules anales, imperforation anale.

Organes génitaux de la femme : laparotomie pour grossesse tubaire rompue, colpotomie pour abcès pelvien, curetage de l'utérus.

Organes génitaux de l'homme : phimosis, opérations sur la vaginale, castration, intervention dans les ruptures traumatiques de l'urètre, infiltration d'urine.

Membres. — Hémorragie traumatique, suture des tendons, des nerfs, abcès des membres, trépanation des os dans l'ostéomyélite, arthrotomies pour arthrites purulentes, ongle incarné, amputations pratiques.

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

PREMIÈRE PARTIE OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA PAROI ABDOMINALE

CHAPITRE PREMIER TECHNIQUE DES LAPAROTOMIES

La laparotomie est l'opération qui consiste à ouvrir la paroi abdominale. Parfois elle constitue à elle seule toute l'opération (laparotomie exploratrice), mais le plus souvent elle n'est que le premier temps d'une intervention sur les organes contenus dans l'abdomen. C'est dire que la laparotomie variera jusqu'à un certain point suivant l'opération dont elle constitue le temps initial.

Toute laparotomie se compose de trois temps, dont un essentiellement variable.

- 1° Ouverture de la paroi ;
- 2° Exploration de l'abdomen et opérations diverses ;
- 3° Fermeture de la paroi.

I. — *Ouverture de la paroi.*

D'après le siège de l'incision, la laparotomie peut être dite médiane ou latérale.

A. **Laparotomie médiane.** — C'est la laparotomie la plus

souvent employée parce que ses avantages sont considérables : elle se répare mieux que les laparotomies latérales ; à longueur égale elle donne plus de jour que celles-ci ; enfin elle permet mieux d'explorer toute la cavité abdominale, d'agir à la fois sur les organes médians et latéraux et sur ceux-ci des deux côtés.

Suivant le point où passe l'incision, nous décrirons trois types de laparotomies médianes : la sus-ombilicale, l'ombilicale et la sous-ombilicale.

1^o Laparotomie médiane sus-ombilicale. — C'est celle qui se pratique dans les interventions sur l'estomac, le foie et la rate.

Incision de la peau. — Elle est verticale et médiane : sa limite inférieure est plus ou moins élevée suivant le cas, mais jamais beaucoup au-dessus de l'ombilic. En haut, elle devra généralement atteindre la pointe de l'appendice xiphoïde, mais pas plus haut : en se déviant latéralement on pourrait aller jusqu'à la base de cet appendice, mais on risquerait d'entrer dans la cavité thoracique en passant entre les faisceaux sternaux et les faisceaux costaux antérieurs du diaphragme. La peau dans cette région est ordinairement tendue et épaisse et sous elle se trouve une couche grasseuse d'épaisseur très variable.

Incision de l'aponévrose. — A ce niveau, la ligne blanche est large, il n'y a pas de danger d'entrer dans la gaine du droit. On l'incisera prudemment parce qu'au-dessous d'elle il n'y a souvent qu'une très mince couche de graisse et que le péritoine presque juxtaposé, très mince et tendu, pourrait être incisé du même coup. Il est inutile de donner d'emblée à l'incision de l'aponévrose la longueur de l'incision cutanée.

Incision du péritoine. — La graisse sous-péritonéale réclinée ou incisée, on fait avec la pince à griffes un petit pli à la séreuse en évitant d'en prendre une trop grande épaisseur (fig. 1) : avec le bistouri on incise ce petit pli à sa base et alors apparaît un petit orifice ouvrant la cavité péritonéale. On saisit le péritoine sur sa tranche avec une pince à griffes et avec les ciseaux on agrandit ce petit orifice jusqu'à ce que le doigt puisse s'y introduire. Le doigt décolle les viscères de la paroi, se glisse au contact du péritoine dans la direction de l'incision cutanée :

une branche des ciseaux est glissée entre le péritoine et le doigt qui sert de protecteur (fig. 2) et on achève la section du péritoine et de l'aponévrose dans toute l'étendue de la plaie cutanée en haut et en bas, au-dessus et au-dessous de la boutonnière faite au péritoine.

Avant d'aller plus loin, on saisit avec des pinces à pression (2 ou 3 de chaque côté) la tranche de section du péritoine pour le retrouver facilement et le suturer à la fin de l'opération. S'il était trop mince on prendrait en même temps la lèvre de l'incision aponévrotique.

L'hémostase a été faite chemin faisant à l'aide de pinces à

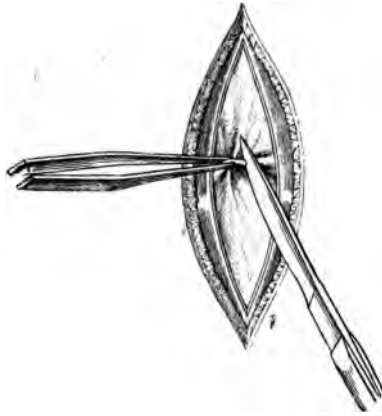


Fig. 1. — Manière d'inciser le péritoine.

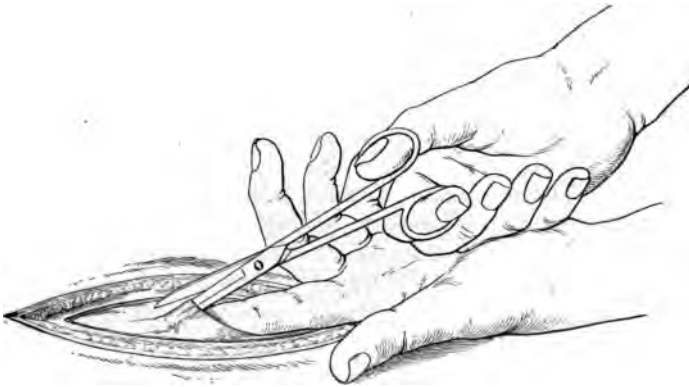


Fig. 2. -- Manière d'agrandir l'incision du péritoine.

forcipressure qui sont laissées à demeure ; par leur poids elles servent de tracteurs naturels pour éverser les lèvres de la plaie au dehors. On pourrait pratiquer d'emblée les ligatures, mais

celles-ci risquent de s'infecter au cours de l'opération et on préfère ne les mettre qu'à la fin.

Si au cours de l'opération on trouve l'incision trop courte, on l'allongera avec les ciseaux de la façon suivante. Glissant les ciseaux sous la peau, on coupe celle-ci dans toute la longueur voulue, puis, comme précédemment, guidant les ciseaux sur le doigt qui protège les viscères ou plus simplement soulevant fortement la paroi pour voir ce qu'on coupe, on incise d'un seul coup péritoine et aponévrose sur toute la longueur voulue. Bien entendu, on repère le péritoine dans ce supplément d'incision ⁽¹⁾.

2° Laparotomie médiane ombilicale. — C'est une laparotomie rare par elle-même, mais qui fait souvent le complément d'une laparotomie sus ou sous-ombilicale qui a besoin d'être très étendue en haut ou en bas. La seule particularité de cette opération tient à la présence de l'ombilic et des replis qui en partent à sa face profonde.

L'incision cutanée ne doit pas passer par l'ombilic même, qu'il est le plus souvent impossible de désinfecter convenablement, mais passera à gauche pour éviter la faux de la veine ombilicale qu'on aurait à sectionner si l'on passait à droite. L'incision sera donc médiane au-dessus de l'ombilic, puis se déviara pour passer à gauche et reviendra plus bas sur la ligne médiane. On incise l'aponévrose sur la ligne médiane, en passant au niveau de l'ombilic juste à gauche de l'anneau. Enfin, le péritoine est incisé suivant la même ligne et repéré.

3° Laparotomie médiane sous-ombilicale. — L'incision cutanée est verticale et médiane, remontant en haut à une hauteur variable, descendant en bas exactement jusqu'au bord supérieur de la symphyse. On trouve ordinairement au-dessous de la peau une couche grasseuse, surtout épaisse en bas.

Incision de l'aponévrose. — Il n'y a plus ici une large ligne blanche, mais une simple lame entre les deux droits, interstice musculaire difficile à bien trouver : il est donc impossible de ne pas pénétrer dans la gaine des muscles droits.

(1) Pour éviter l'infection de la tranche de la paroi, on peut réunir momentanément péritoine et peau par une série de pinces de Kocher ; l'opération terminée, on enlève les pinces et on se trouve dans les conditions ordinaires.

Si on tombe sur les muscles, on dissèque un peu les deux lèvres de l'incision et on cherche sous chacune d'elles à voir l'interstice voulu. Si l'incision de l'aponévrose est à peu près sur la ligne médiane, l'interstice n'est pas très loin et se trouve facilement. Si on ne le trouve pas rapidement, il n'y a aucun

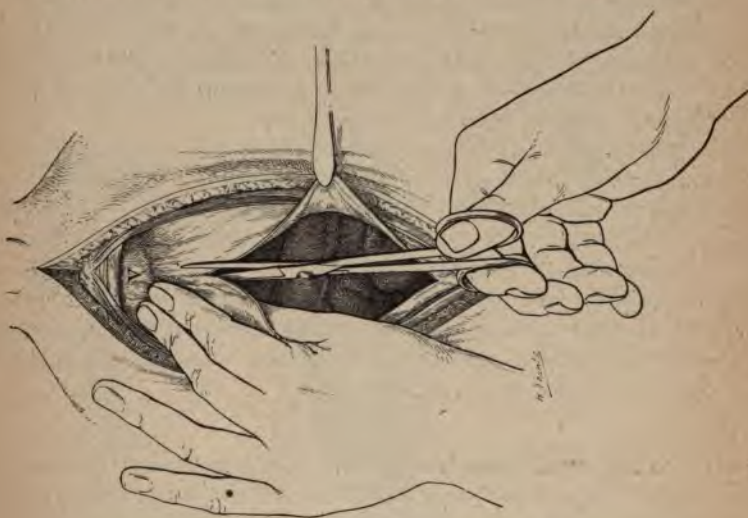


Fig. 5. — Moyen d'éviter la blessure de la vessie (V) dans les laparotomies sous-ombilicales.

inconvénient à passer à travers le bord interne des muscles droits.

Incision du péritoine. — Après avoir traversé l'interstice des muscles grands droits, écartés en dehors chacun de son côté, on pince le feuillet fibreux qui forme le feuillet profond de leur gaine (fascia transversalis) et on l'incise; on tombe sur la graisse sous-péritonéale qu'on refoule et qu'on incise, puis sur le péritoine qu'on pince et qu'on sectionne comme nous avons dit plus haut. Introduisant un doigt dans l'ouverture ainsi faite, on agrandit l'incision aux ciseaux jusqu'au point voulu. En haut on peut remonter sans crainte; en bas on doit en général descendre jusqu'au bord supérieur de la symphyse, mais en évitant bien de blesser la vessie.

Il est de règle dans les laparotomies de pratiquer avant l'opération l'évacuation de la vessie et, grâce à cette précaution, la vessie vidée descend dans le petit bassin et s'y cache sans dépasser par son sommet le bord supérieur de la symphyse pubienne : il n'y a donc aucun danger de la blesser en incisant le péritoine jusqu'à ce niveau. Mais parfois, sans qu'on puisse le prévoir, la vessie vide, par une portion plus ou moins étendue, reste accolée à la paroi abdominale antérieure, si bien qu'elle serait infailliblement blessée par une incision qui descendrait jusqu'au bord supérieur de la symphyse.

Aussi, quand dans une laparotomie médiane sous-ombilicale on agrandit en bas son incision péritonéale, il faut palper le péritoine au-devant des ciseaux (fig. 3) pour s'assurer qu'il ne contient pas la vessie qu'on perçoit sous forme d'un épaississement ; parfois le repli que constitue le bord supérieur de la vessie est visible à l'œil. On arrêtera alors son incision avant d'atteindre la vessie : en mettant une grande valve sur l'angle inférieur de l'incision et en tirant sur la valve, on abaisse cet angle jusqu'au niveau de la symphyse.

B. Laparotomies latérales. — Les laparotomies latérales peuvent se pratiquer en plusieurs points, soit en passant par la gaine du muscle grand droit de l'abdomen, soit en passant en dehors de ce muscle.

1^o Laparotomie par la gaine du muscle grand droit. — On peut passer ou bien à travers les fibres musculaires du muscle qu'on récline en dehors et en dedans ou bien au niveau du bord externe du muscle : en réclinant en dedans ce bord et par conséquent tout le muscle, on met à découvert le feuillet profond de la gaine du droit qu'on ouvre. Après l'opération, les sutures terminées, le muscle s'étale de nouveau dans sa gaine, vient se placer entre les sutures du feuillet postérieur et celles du feuillet antérieur et s'oppose ainsi efficacement à une éventration : c'est là le grand avantage de cette laparotomie sur celles qui passent en dehors du grand droit.

a) Nous ne décrivons pas ici la *laparotomie à travers le grand droit*, qu'on trouvera décrite à propos de la gastrostomie. (Voir page 71.)

b) Laparotomie le long du bord externe du grand droit.

Incision cutanée. — Elle doit se faire un peu en dedans (1-2 cm.) du bord externe du muscle grand droit. Autant il est facile de sentir nettement ce bord sur le sujet normal, autant cela devient pour ainsi dire impossible sur le sujet endormi. Il suffit de retenir que le muscle présente une largeur moyenne d'environ trois travers de doigts et que son bord externe cor-

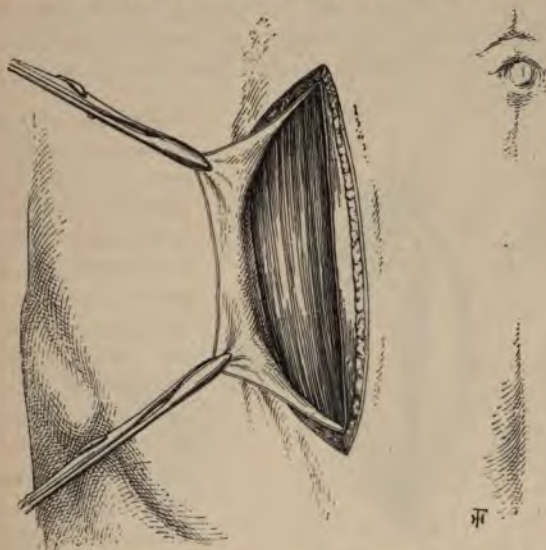


Fig. 4. — Incision du feuillet antérieur de la gaine du grand droit.

respond à peu près exactement au milieu de la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. On fera son incision un peu en dedans de ce bord.

Incision du feuillet antérieur de la gaine. — La peau et le tissu cellulo-graisseux sous-cutané incisés, on reconnaît le bord externe du muscle en se guidant souvent sur les petits vaisseaux et nerfs qui traversent l'aponévrose au niveau de ce bord et, à 2 centimètres plus en dedans, on incise franchement le feuillet antérieur de la gaine d'un bout à l'autre de la plaie. En tous cas mieux vaut inciser trop en dedans en plein muscle

que trop en dehors, hors de la gaine du muscle. On tombe ainsi sur les fibres musculaires qu'on sépare avec soin de la lèvre externe de l'incision aponévrotique, puis du feuillet postérieur de la gaine; on les récline en dedans sous un écarteur. On voit alors le feuillet postérieur de la gaine sur lequel rampent horizontalement les vaisseaux et les nerfs qui vont aborder le grand droit; on les coupe entre deux ligatures.

La dissection du bord externe du muscle peut être rendue difficile par la présence des intersections aponévrotiques, surtout dans la partie sus-ombilicale de l'incision. Avec un peu de soin, on arrive toujours à mener à bien cette opération.

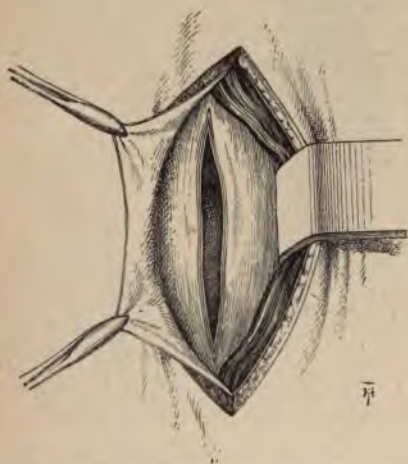


Fig. 5. — Incision du feuillet postérieur de la gaine du droit et du péritoine.

Incision du feuillet postérieur et du péritoine. — A 2 centimètres en dedans du bord externe de la gaine, on incise le feuillet postérieur en se rappelant que le péritoine lui est presque toujours adhérent et qu'ainsi on ouvre presque toujours d'un seul coup les deux lames. Le péritoine ouvert, l'incision est continuée jusqu'aux limites de l'incision cutanée et le péritoine est repéré.

Il faut avoir soin, si l'on opère bas, d'éviter

la blessure des vaisseaux épigastriques accolés à la paroi postérieure de la gaine.

2^e Laparotomie en dehors du muscle grand droit. — Une pareille laparotomie est toujours une laparotomie transmusculaire, car il faut toujours traverser les trois muscles larges de la paroi abdominale.

L'incision de la paroi présente une forme variable : rectiligne ou courbe, verticale, horizontale ou oblique. La peau et le tissu

cellulaire incisés, on tombe, suivant la région, sur les fibres musculaires ou l'aponévrose d'insertion du muscle grand oblique. On incise franchement, mais proprement, pour reconnaître autant que possible les diverses couches de la paroi au fur et à mesure qu'on les rencontre : grand oblique, petit oblique, puis



Fig. 6. — Laparotomie par dissociation. — Incision du grand oblique.

transverse, enfin le péritoine qui est pincé comme d'habitude, ouvert, puis largement incisé.

Cette incision saigne ordinairement avec abondance, parfois en jet ; mais avec quelques pinces on se rend facilement maître de cette hémorragie.

5^e Laparotomie par dissociation. — Elle peut se faire à droite pour la résection à froid de l'appendice ou à gauche pour l'établissement d'un anus iliaque définitif.

Incision de la peau. — A un bon travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, on pratique une

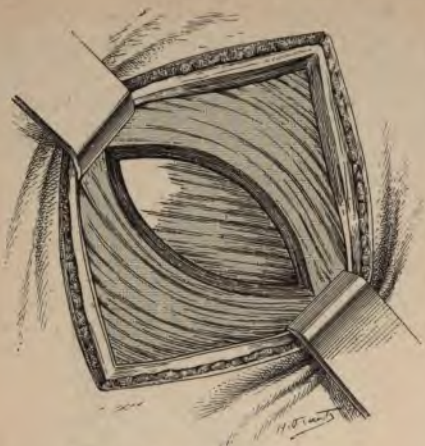


Fig. 7. — Division du petit oblique.

incision longue de 10 centimètres, perpendiculaire à la ligne allant de cette épine iliaque à l'ombilic et dont le milieu répond à cette ligne. On incise jusqu'à mettre à nu les fibres du grand oblique ou de son aponévrose dans la partie inférieure de la plaie.

cannelée, on dissocie les fibres du G. O. parallèlement à la plaie cutanée. On ouvre la boutonnière ainsi faite avec deux écarteurs, tirant perpendiculairement à la direction de l'incision primitive, l'un vers l'ombilic, l'autre vers l'épine iliaque.

Dans l'ouverture ainsi béante se montrent les fibres du P. O. faiblement obliques en haut et en dedans. On les dissocie à leur tour avec la sonde cannelée et une deuxième paire d'écarteurs ouvre cette boutonnière perpendiculairement à sa direction, c'est-à-dire dans le sens de la plaie.

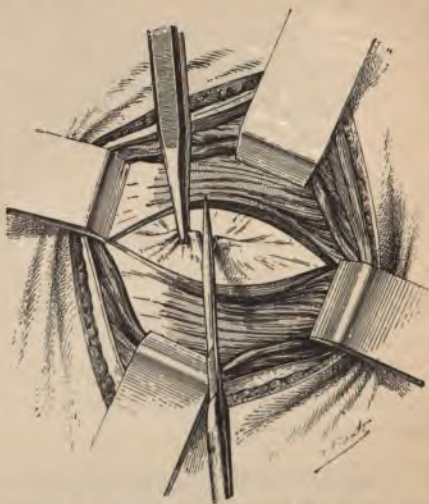


Fig. 8. — Les trois muscles larges de l'abdomen ont été divisés. Incision du péritoine.

On découvre alors les fibres du transverse, horizontalement dirigées, qu'on dissocie à la sonde cannelée; sous elles apparaît la graisse sous-péritonéale. On saisit avec une pince un repli de péritoine, on l'attire dans la plaie et on l'incise au bistouri. La petite boutonnière ainsi faite au péritoine est agrandie aux ciseaux de façon à permettre l'introduction du pouce et de l'index et ses bords sont repérés avec des pinces.

C. Laparotomies transversales. Incision cruciale de l'abdomen. — Il arrive parfois qu'au cours d'une laparotomie, on ait besoin d'un jour très considérable que ne permet pas l'incision pratiquée, même démesurément étendue dans le sens de la longueur : il ne faut pas alors hésiter à débrider une ou les deux lèvres de l'incision. C'est ce qui arrive parfois au cours d'une laparotomie médiane où on se trouve forcé de transformer l'incision verticale en une incision cruciale. Pour cela il suffit de couper franchement d'abord la peau, puis le grand droit, sa gaine et le péritoine d'un coup de ciseaux en pinçant les vaisseaux qui pourraient donner et en repérant le péritoine sur les deux lèvres de la nouvelle incision.

Il est commode, pour éviter l'emploi des écarteurs, de recourir à la manœuvre suivante. Un fort fil de soie ou de lin est passé dans toute l'épaisseur de la paroi au coin de chaque lambeau résultant de l'incision cruciale, puis ces fils sont passés dans la peau à quelque distance de la base du lambeau, de telle sorte qu'une fois noués ils exercent une traction sur la pointe du lambeau qu'ils maintiennent fortement réclinée en dehors.

II. — *Exploration de l'abdomen et opérations diverses.*

Une fois le péritoine ouvert et les deux lèvres repérées, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à deux buts : utiliser le mieux possible l'incision pratiquée, éviter toute souillure de la cavité péritonéale.

On arrive au premier résultat en employant des écarteurs qui ont pour but, en distendant les lèvres de l'incision, de donner le plus de jour et d'accès possibles dans la cavité péritonéale. Ces écarteurs sont de deux sortes : les uns fixes tiennent par eux-mêmes une fois posés sans qu'un aide ait à les maintenir.

Leur grand avantage est d'économiser parfois un aide et de maintenir constamment au maximum la béance de la plaie.

Les écarteurs mobiles doivent constamment être tenus par un aide : on en distingue deux groupes : les uns ne font qu'écarter, les autres à la fois écartent et éclairent dans la profondeur ; ce sont les valves qui, constituées par une large gouttière métallique, réfléchissent la lumière qui vient tomber sur elles. Quand on emploie des écarteurs mobiles, il faut toujours que le chirurgien ait grand soin de placer lui-même ses écarteurs et de ne pas les laisser placer par ses aides qui trop souvent ne voient pas ce qu'ils prennent et risquent de tirer mal à propos sur des organes qu'ils pourront rompre ou déchirer.

Pour empêcher toute contamination, le chirurgien doit empêcher le contenu de l'abdomen, et particulièrement les anses intestinales, de sortir par la plaie et de risquer ainsi de se souiller ; il doit aussi empêcher que le contenu septique qui pourrait s'écouler des organes sur lesquels il opère ne vienne au contact des autres viscères de l'abdomen.

Pour empêcher l'intestin de sortir, il est bon, si l'on opère sur la partie inférieure de l'abdomen, de mettre le malade dans la position déclive, c'est-à-dire la tête notablement plus basse que le bassin. Cette position a le double avantage de permettre de mieux voir et d'opérer plus librement dans le petit bassin et, en outre, de forcer les intestins par leur propre poids à descendre vers le diaphragme, à évacuer ainsi le champ opératoire et à n'avoir qu'à peine tendance à sortir au dehors.

En tout cas, en quelque position qu'on opère, il faut, aussitôt que le péritoine est suffisamment ouvert, glisser dans les différentes directions entre le péritoine pariétal et les anses intestinales 4 ou 5 grandes compresses en gaze ou en toile dont l'extrémité sortira au dehors et qui, recouvrant les anses intestinales, s'opposeront efficacement à leur issue au dehors.

Pour éviter la contamination par le contenu supposé à tort ou à raison septique de l'organe sur lequel on opère, il suffit d'opérer en attirant cet organe autant qu'on le peut en dehors et en tout cas en l'entourant largement d'un lit de petites compresses de gaze, faciles à changer au fur et à mesure qu'elles sont souillées.

On recommande de ne jamais placer dans l'abdomen de compresse sans mettre à celle-ci une pince qui serve à la repérer et

éviter qu'on l'oublie dans l'abdomen à la fin de l'opération. On a certainement exagéré la facilité avec laquelle on oublie une compresse dans le ventre. En réalité, les pinces sont souvent gênantes et un opérateur qui fait bien son hémostase, péritonise bien tout son abdomen, ne risque guère d'oublier une compresse en inspectant tant soit peu la cavité abdominale avant de la fermer. C'est cependant une précaution recommandable, mais non indispensable.

Dans la plupart des opérations que nous allons décrire, au contact de la muqueuse toujours infectée des viscères, tels que l'estomac et l'intestin, qu'il lui faut ouvrir et suturer, l'opérateur infecte inévitablement ses mains et ses instruments. Certaines précautions permettront de réduire au minimum cette infection.

Pour les mains, une première précaution, qu'on doit toujours prendre est de toucher le moins possible aux organes septiques : on peut essuyer avec une compresse ou manipuler les organes avec des instruments de façon à ne jamais exposer les doigts à un contact septique. Mais cela ne peut suffire pour l'aide dont les doigts sont infailliblement infectés par les fils à suture qui ont traversé une muqueuse septique.

Une deuxième précaution, c'est l'emploi de gants imperméables en caoutchouc. L'idéal serait d'en avoir un jeu qui permettrait d'en changer au fur et à mesure qu'ils se trouvent souillés. A la rigueur une paire pour l'opérateur et une pour l'aide suffisent. On peut commencer l'opération les mains nues, ne se gantant qu'au moment du temps septique et retirer ensuite les gants ; ou bien, si le chirurgien craint d'être trop malhabile avec les gants, il commencera avec les gants, les retirera pour le temps septique et les remettra ensuite pour terminer l'opération.

Dans le cas enfin où on manquerait de gants, le temps septique terminé, on referait un lavage minutieux des mains en abandonnant momentanément l'opération, le champ opératoire recouvert d'une large compresse stérilisée.

Pour les instruments, si on en possède un jeu suffisant, on rejettera dans un plateau à part les instruments au fur et à mesure qu'ils auront été salis. Est-on réduit au strict nécessaire, il suffit d'avoir sur la table, à côté des instruments, une lampe à alcool dans la flamme de laquelle on flambra les instruments souillés avant de les remettre dans le plateau avec les autres.

III. — *Fermeture de la paroi.*

La fermeture de la paroi peut se faire de deux manières : soit à un seul plan, soit à trois plans. Celle-ci nous semble la méthode de choix ; celle-là la méthode de nécessité.

A. *Suture de la paroi en un seul plan.* — On peut la

faire à la soie, au erin ou mieux au fil métallique (argent, cuivre, bronze d'aluminium, etc.).

Les fils devront perforer la paroi abdominale toute entière,

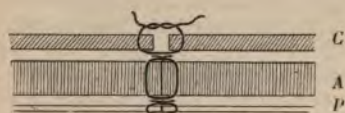
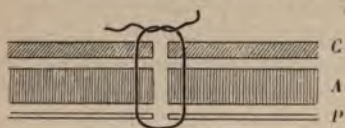


Fig. 9. — Schémas de la suture de la paroi abdominale; s. en un plan; s. en 3 plans.
— C, peau; A, couche musculo-aponévrotique; P, péritoine.

c'est-à-dire n'oublier aucun des plans qui la constituent. Pour cela, soulevant la paroi abdominale on la perfore d'un seul coup avec une aiguille à 2 ou 5 centimètres environ de la tranche de section et on ramène l'aiguille chargée d'un des chefs du fil : on recommence du côté opposé de la même façon et le fil se trouve passé. On passe ainsi une série de fils qu'on espace de 2 centimètres environ l'un de l'autre, parfois même davantage. Quand tous les fils ont été ainsi passés,

on fait soulever la paroi abdominale et on les serre chacun à leur tour en commençant par une extrémité. Tous les fils métalliques tordus et coupés, on ajoute dans leurs intervalles quelques crins pour mieux affronter la peau (fig. 9).

B. Suture à trois plans. — Elle consiste à fermer la paroi abdominale en réparant anatomiquement les différentes couches qui la composent. En général, on fait trois plans de suture pour lesquels on peut employer indistinctement tous les matériaux de suture et pratiquer ces sutures soit en surjet, soit à points séparés.

Le *premier plan* de suture se fait sur le péritoine, soit sur le péritoine seul lorsqu'il est suffisamment solide, soit sur lui et le feuillet postérieur de la gaine des droits lorsque le péritoine est trop mince et adhérent à ce feuillet (en cas de laparotomie par la gaine des droits, par exemple) (fig. 10).

Le *deuxième plan* porte sur la couche musculo-aponévrotique, c'est-à-dire sur l'aponévrose de la ligne blanche, sur le feuillet antérieur de la gaine du droit ou sur toute l'épaisseur des

muscles larges de l'abdomen, suivant le point où on a pratiqué la laparotomie (fig. 11).

Le *troisième plan* porte sur la peau.

Certains points méritent d'être précisés : Pour le premier et le deuxième plan on trouve souvent des difficultés particulières dues à ce que, en certains points, le péritoine et l'aponévrose sont mal distincts et par là difficiles à suturer



Fig. 10. — Réfection de la paroi abdominale par trois étages de sutures: surjet péritonéal (Proust).

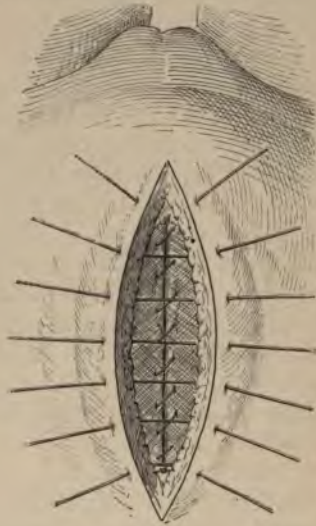


Fig. 11. — Réfection de la paroi abdominale par trois étages de sutures: surjet musculo-aponévrotique (Proust).

chacun à part. Cela est surtout vrai aux environs de l'ombilic. Aussi doit-on toujours commencer la ligne de sutures ou le surjet à l'extrémité difficile, c'est-à-dire, en cas de laparotomie sous-ombilicale, près de l'ombilic pour les terminer près du pubis où la distinction des deux plans est très nette et par tant la suture séparée très facile.

Au niveau de l'ombilic la suture de la peau est difficile et exposée aux souillures venant de ce recessus. Le mieux est de le supprimer purement et simplement en le réséquant d'un coup de ciseaux qui enlèvera l'ombilic cutané, le bord de l'anneau et toute la cicatrice. Rien ne permet plus alors de distin-

guer l'ombilic des parties sus ou sous-jacentes de la ligne blanche.

Dans les laparotomies médianes sous-ombilicales, il est bon, avant de suturer le feuillet antérieur de la gaine des droits, de rapprocher les bords internes de ces muscles par trois ou quatre points de suture pour les maintenir au contact et les interposer entre les deux cicatrices fibreuses.

Lorsqu'on a fait une incision cruciale fendant le droit en travers, il faut généralement faire trois plans de suture sur cette partie transversale de l'incision : un plan fibro-péritonéal postérieur, un moyen comprenant tout le muscle et son aponévrose antérieure, enfin en avant un plan cutané.

Quel que soit le mode de suture que l'on adopte, la fermeture de la paroi devra se faire dans l'ordre suivant :

1^o Enlever toutes les compresses intra-abdominales ; les remplacer par une petite qui protégera les intestins au niveau même de la plaie pendant tout le temps de la suture.

2^o Éviter, en suturant le péritoine, de prendre cette compresse dans la suture et de piquer l'intestin. Pour cela soulever avec la pince à griffes la lèvre du péritoine dans laquelle on doit passer l'aiguille. Retirer les pinces repères au fur et à mesure de leur inutilité ; avant de terminer la suture, retirer la petite compresse.

3^o Faire l'hémostase. Il est souvent inutile de lier tout ce qui a été pincé, mais si, quand on enlève une pince, l'hémorragie reparait, il faut aussitôt la replacer et lier.

4^o Suturer le plan musculo-aponévrotique, puis la peau.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS

Nous n'avons pas ici en vue les éventrations congénitales qui sont de véritables hernies au niveau d'un point de moindre résistance de la paroi, mais seulement les éventrations qui surviennent à la suite des plaies, opératoires ou non, de l'abdomen

et qui présentent généralement une constitution identique : peau, c'est habituellement la cicatrice distendue ; couche musculo-aponévrotique, tantôt absente, s'arrêtant sous forme d'anneau à la base de l'éventration, tantôt amincie, distendue, adhérente à la peau en avant, au péritoine en arrière ; enfin péritoine formant un véritable sac, parfois libre, mais le plus souvent adhérent à la cicatrice fibro-cutanée.

Pour guérir les éventrations, il faut supprimer le sac péritonéal et refaire par-dessus une paroi solide, ce qui exige la résection de tout le tissu cicatriciel.

I. **Incision.** — On peut faire l'incision le long du grand axe et sur le sommet même de l'éventration ; il vaut mieux inciser d'emblée la peau en tissu sain, c'est-à-dire à droite et à gauche de la cicatrice qui se trouve ainsi circonscrite par deux incisions courbes se rejoignant à leurs extrémités.

On dissèque rapidement les deux lèvres de la plaie pour arriver jusqu'au sac et on incise l'aponévrose juste à la base du sac, en dehors des tissus aponévrotiques distendus, puis enfin le péritoine au même niveau. Chemin faisant on a repéré les lèvres externes des trois plans.

Lorsqu'on a pratiqué cette incision d'un côté, la cavité péritonéale se trouve ouverte. Il n'y a qu'à examiner le contenu de l'éventration.

Si l'éventration est totalement réductible, il n'y a qu'à supprimer le sac et à refermer la paroi. Si, au contraire, elle est partiellement irréductible, on commencera par libérer les parties adhérentes.

II. **Traitement des adhérences.** — **Adhérences épiploïques.** — Lorsque les adhérences sont purement épiploïques, on contourne avec le doigt tout l'épiploon au point où il s'engage dans l'éventration, puis le prenant entre deux longues pinces clamps, on coupe entre elles deux ; le fragment périphérique adhérent sera abandonné et extirpé en même temps que le sac, le fragment central est lié et réduit dans l'abdomen.

La ligature de l'épiploon est un peu variable suivant son volume et son aspect. Si l'on n'a qu'une simple frange épiploïque, il suffit de faire une simple ligature circulaire ou mieux un nœud de meunier après transfixion de l'épiploon pour éviter que la ligature ne glisse.

Si, au contraire, il s'agit d'une large portion de l'épiploon, il ne faut pas faire une ligature en masse, même après transfixion, ce qui exposerait infailliblement au glissement de la ligature. La ligature en chaîne évite cet inconvénient, mais elle amène la formation d'un pédicule volumineux et si la ligature doit être posée près l'extrémité colique de l'épiploon, on risque fort de provoquer une coudure du côlon transverse. Aussi la meilleure manière de lier l'épiploon consiste-t-elle à le diviser en une sé-



Fig. 12. — Ligature de l'épiploon. — En A, le pédicule est lié et coupé; en B, il est simplement lié; en C, il est lié d'un côté seulement; en D, le fil est simplement passé.

rie de petits pédicules qu'on lie isolément (fig. 11). En étalant le tablier épiploïque, on remarque de place en place des espaces transparents absolument dépourvus de vaisseaux. Au niveau de ces espaces avasculaires, on effondre l'épiploon qui se trouve ainsi divisé en une série de petits pédicules. On lie alors chacun de ces pédicules isolément soit par un nœud simple, soit par un nœud de meunier après avoir perforé le petit pédicule en son milieu. En tout cas il faut serrer à fond les nœuds, pour bien écraser le tissu graisseux. Dans les cas même où l'épiploon est très gras, il est bon, avant de le lier, de l'écraser avec une pince angiotribe suivant la ligne qu'enserrera le fil et le plus commode à cet égard est l'écraseur de Souligoux. Ayant divisé l'épi-

ploon en pédicules secondaires, on écrase successivement chacun de ces pédicules de la façon suivante.

On ouvre les mors de la pince et on saisit avec eux le pédicule épiploïque; on referme la pince, on assujettit le cliquet qui est au bout des deux poignées: introduisant alors le levier dans son encoche, on serre à fond lentement et progressivement jusqu'à ce que le levier soit arrivé au contact du manche; après avoir maintenu la pression quelque temps (1/2 minute environ) sans la diminuer, on déclenche le cliquet, on laisse le levier se redresser et on le décroche; il n'y a plus qu'à ouvrir les deux mors

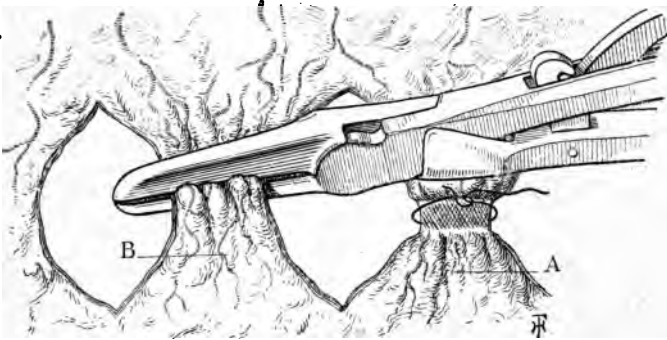


Fig. 13. — Écrasement de l'épiploon. — Le pédicule A a été écrasé; en B, il est entre les mors de l'écraseur.

pour trouver la portion de tissu saisie complètement écrasée et réduite à la minceur d'une feuille de papier. On passe un fil qui serre juste dans le sillon d'écrasement et on coupe l'épiploon au-dessous de lui; pour plus de sûreté on pourrait transfixer le pédicule écrasé avec le fil, mais c'est généralement superflu (fig. 12).

Les ligatures faites, on sectionne l'épiploon au delà d'elles, on s'assure que l'hémostase est parfaite et alors seulement on coupe les fils et on réduit le moignon dans l'abdomen.

Adhérences intestinales. — S'il y a des adhérences épiploïques et intestinales, on commence par traiter les premières comme nous venons de le dire. Les adhérences intestinales sont détachées lentement et soigneusement en décollant l'intestin de la paroi avec un instrument mousse, aux ciseaux ou au bistouri. Si elles

sont trop solides, mieux vaut réséquer un fragment du sac qu'on laissera adhérent à l'intestin plutôt que de s'exposer à intéresser

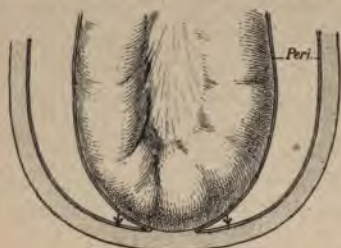


Fig. 14. — Schéma de la libération d'une anse intestinale largement adhérente. — Section du péritoine tout autour de l'adhérence.

les parois de l'intestin. Pour éviter de réduire dans l'abdomen un fragment d'intestin à surface non péritonisée, on peut recourir au procédé suivant quand il est applicable. La rondelle de sac détachée est laissée exubérante (fig. 15), c'est-à-dire dépasse les limites de la zone adhérente. On suture alors ses bords entre eux de telle sorte que sa face adhérente se trouve

inaginée en quelque sorte et recouverte par sa face sereuse (fig. 14). L'intestin entièrement libéré est réduit (fig. 15).

Dans cette destruction des adhérences, il est souvent néces-

saire d'ouvrir largement le sac.

Pour cela un coup de ciseaux de dedans en dehors l'ouvre très facilement et très largement.



Fig. 15. — L'anse a été libérée avec une collerette de péritoine flottante.

III. Suppression du sac.

— De l'autre côté du sac, on recommence



Fig. 16. — Les bords de cette collerette sont réunis de façon à ne laisser voir que sa face péritonéale.

une incision semblable à la première et passant à travers tous les plans de la paroi abdominale, mais en dehors de la zone cicatricielle : cette incision sera faite couche par couche au bistouri, de dehors en dedans ou plus simplement d'un seul coup avec les ciseaux de dedans en dehors.

Lesac péritonéal et tous les tissus cicatriciels qui l'entourent se trouvent ainsi libérés et sont enlevés.

IV. Réfection de la paroi. — Avant de commencer ce temps, il faut s'assurer que tout le pourtour de l'incision a été bien avivé et qu'il n'y a plus de tissu cicatriciel dans lequel on serait obligé de placer les points de suture, ce qui risquerait d'amener une récurrence.

On se trouve alors dans les conditions d'une suture de la paroi après laparotomie, suture qu'on fera à 5 étages et soigneusement. Si les bords de l'ouverture sont très éloignés, il est bon d'ajouter 2 ou 3 points au fil d'argent embrassant toute la paroi et formant un bon soutien qui évite le tiraillement de la suture.

L'asepsie la plus rigoureuse est ici de mise : la moindre infection en retardant la réunion des tissus risquerait d'occasionner un échec.

CHAPITRE III

CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES

HERNIES SIMPLES

Hernie inguinale à canal fermé.

Le malade est couché à plat sur une table d'opération ordinaire ; il est quelquefois commode de recourir à la table à renversement qu'on soulève d'un cran. L'opérateur se met du côté à opérer.

I. Incision. — La peau de la région, rasée largement avant l'opération, sera incisée suivant une ligne oblique en haut et en dehors, parallèlement au trajet inguinal et non à l'arcade de Fallope ; sa direction exacte est la bissectrice de l'angle que forment cette arcade et le bord externe du grand droit.

En bas il est toujours suffisant de la faire commencer au niveau de l'orifice inguinal externe; il est inutile de la faire descendre plus bas, on évite ainsi d'empiéter sur le scrotum,

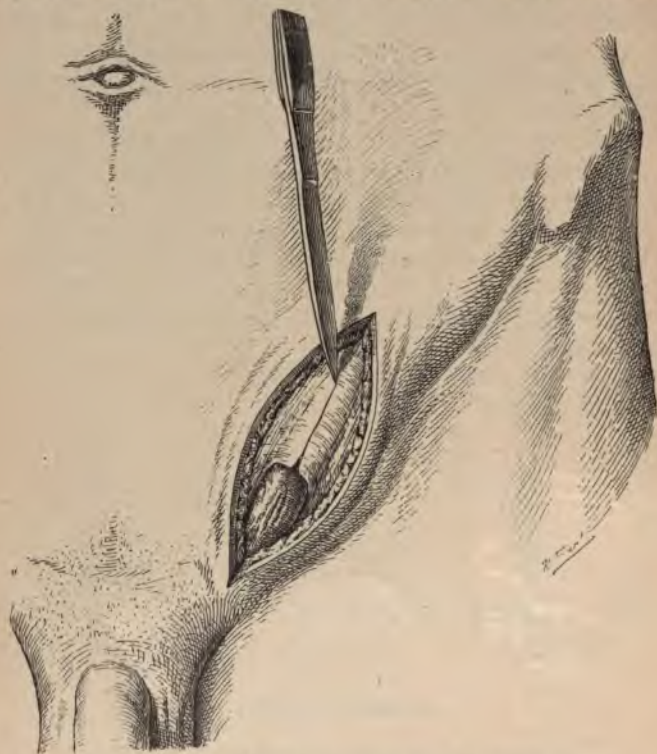


Fig. 17. — Cure radicale de la hernie inguinale. — Incision de la peau et de l'aponévrose du grand oblique.

toujours difficile à aseptiser et qui est trop facilement découvert par le pansement.

L'incision sera longue de 8 à 10 centimètres environ: elle comprendra la peau et le tissu cellulo-graisseux sous-cutané: 2 pinces seront placées sur les vaisseaux tégumentaux abdominaux; si l'incision n'a pas été prolongée trop bas, elle ne rencontre pas les vaisseaux honteux externes.

L'aponévrose d'insertion du grand oblique et les piliers de

l'anneau superficiel sont mis à nu ; l'aponévrose se reconnaît à son aspect resplendissant et nacré, les piliers devront être sé-

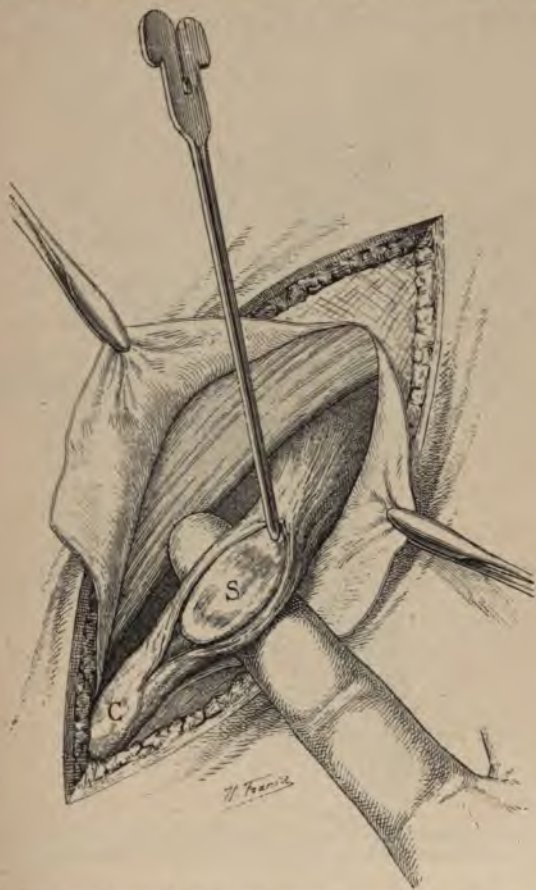


Fig. 18. — Isolation du sac. La sonde cannelée déchire la tunique fibreuse commune du cordon C dans lequel on aperçoit le sac herniaire (S).

parés de la couche celluleuse formée par le feuillet profond du *fascia superficialis* et par l'aponévrose de recouvrement du grand oblique, couche celluleuse qui leur adhère et empêche de les voir d'emblée.

On incise alors l'aponévrose du grand oblique au bistouri ou

aux ciseaux en partant de l'angle externe de l'orifice inguinal superficiel, et en allant jusqu'à la partie supérieure de l'incision



Fig. 19. — Dissection du sac. — Sur le doigt introduit dans le sac S, la pince sépare de la séreuse le tissu cellulaire T qui la double.

cutanée. Chaque lèvre de l'incision est libérée et repérée par une pince.

II. Isolement du cordon et du sac. — Avec la pince et la sonde cannelée, on isole le cordon dans lequel est contenu le sac herniaire, de l'arcade de Fallope en bas, du bord inférieur du petit oblique et du transverse en haut. On effondre le cordon à la sonde cannelée en évitant de blesser les veines, jusqu'à ce

qu'on aperçoive le sac sous forme d'une lame blanchâtre, surtout marquée sur ses bords, là où les 2 feuillets se continuent l'un avec l'autre. Le sac peut être quelquefois difficile à trouver quand il est petit (pointe de hernie); il faut alors le chercher

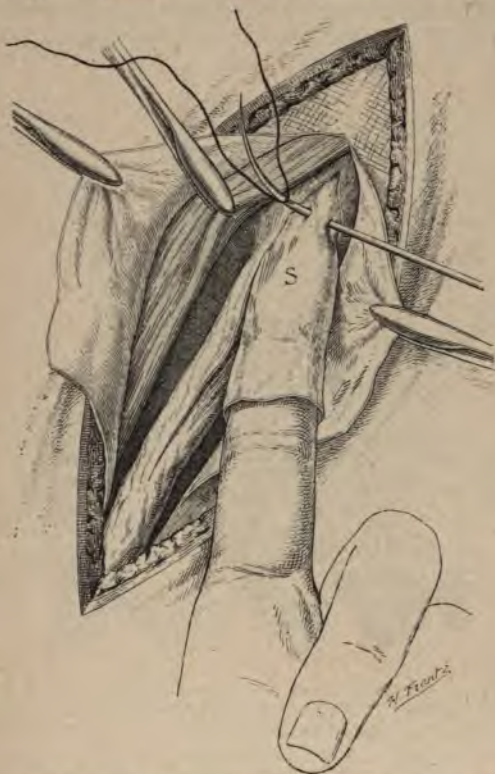


Fig. 20. — Ligature du sac (1^{er} temps). — Sur le doigt introduit dans le sac S, on passe un fil dont on noue immédiatement les deux chefs.

le plus près possible de l'orifice inguinal profond, puisque c'est toujours là qu'il existe quand il y en a un.

Le sac trouvé, on essaiera de le disséquer sans l'ouvrir, mais pour peu qu'on éprouve quelque difficulté, on incisera le sac, et, introduisant l'index gauche dans sa cavité, on le dissèque jusqu'à sa base c'est-à-dire jusqu'au niveau de l'orifice inguinal profond.

Le fond du sac, correspondant généralement au point où s'est oblitéré le conduit péritonéo-vaginal, est assez difficile à isoler; il faut souvent employer ici un instrument moussé (ciseaux fermés, sonde cannelée, pince à disséquer); mais une fois l'isolement amorcé, il se continue avec la plus grande facilité jusqu'au pédicule du sac; il suffit, pour l'isoler des tissus voisins, de re-

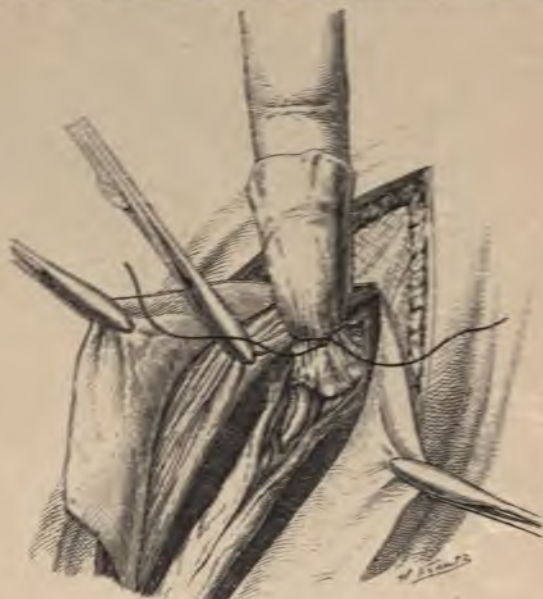


Fig. 21. — Ligature du sac (2^e temps). — Le sac ayant été lié sur sa face supérieure, on ramène les deux chefs du fil sur sa face inférieure où on les noue. Le doigt introduit dans le sac empêche que l'on ne prenne dans la ligature quelque organe de l'abdomen.

fouler ceux-ci avec une simple compresse dont on frotte la face externe du sac. Il faut dans cette dissection du sac éviter toute brusquerie pour ne rien déchirer ni le sac lui-même, ni le canal défèrent souvent adhérent.

On ne s'arrêtera dans cette dissection que quand en dedans on voit apparaître la graisse périvésicale.

III. *Ligature et résection du sac.* — Après s'être assuré que le sac est bien disséqué et que le canal défèrent se trouve à

côté de lui et ne fait plus partie de sa paroi, l'index gauche est introduit dans le sac jusqu'à sa base pour empêcher l'issue d'intestin ou d'épiploon au moment de la ligature. On transfixe alors le sac à son collet avec un fil (câtgut ou soie) dont on lie les 2 chefs d'un côté d'abord, puis de l'autre en retirant peu à peu le doigt de façon à être sûr que rien n'a été pris dans la ligature

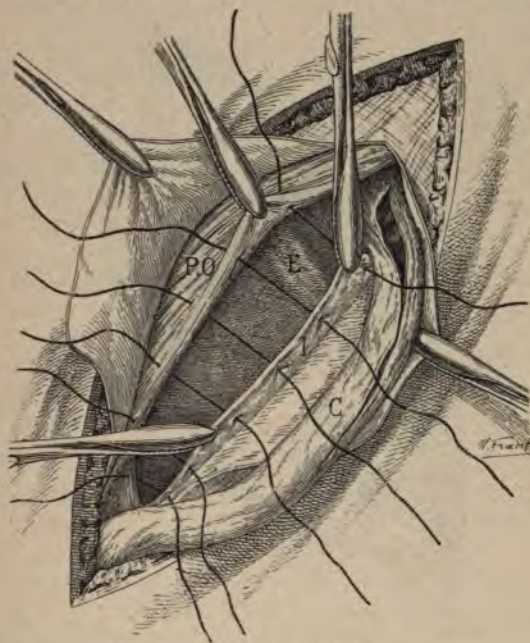


Fig. 22. — Fermeture de la paroi (1^{er} temps). — Le cordon C est écarté en bas et en dehors. Les fils qui doivent réunir la bandelette ilio-pubienne I au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse (PO) sont déjà passés. Dans la profondeur on aperçoit par transparence les vaisseaux épigastriques (E).

en plus du sac. On coupe alors le sac un peu au-dessous de la ligature, on s'assure que la ligature fait bien l'hémostase et on coupe le fil.

IV. Réfection du trajet inguinal (*Procédé de Bassini*).

— Pour refaire le trajet inguinal il faut reconstituer un canal oblique avec une paroi postérieure ou profonde et une paroi antérieure ou superficielle. On refait la paroi postérieure en

Le fond du sac, correspondant généralement au point où s'est oblitéré le conduit péritonéo-vaginal, est assez difficile à isoler; il faut souvent employer ici un instrument moussé (ciseaux fermés, sonde cannelée, pince à disséquer); mais une fois l'isolement amorcé, il se continue avec la plus grande facilité jusqu'au pédicule du sac; il suffit, pour l'isoler des tissus voisins, de re-

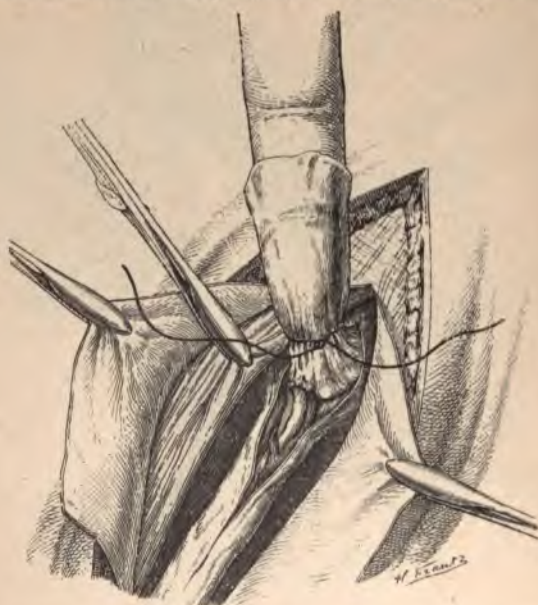


Fig. 21. — Ligature du sac (2^e temps). — Le sac ayant été lié sur sa face supérieure, on ramène les deux chefs du fil sur sa face inférieure où on les noue. Le doigt introduit dans le sac empêche que l'on ne prenne dans la ligature quelque organe de l'abdomen.

fouler ceux-ci avec une simple compresse dont on frotte la face externe du sac. Il faut dans cette dissection du sac éviter toute brusquerie pour ne rien déchirer ni le sac lui-même, ni le canal déférent souvent adhérent.

On ne s'arrêtera dans cette dissection que quand en dedans on voit apparaître la graisse périvésicale.

III. Ligature et résection du sac. — Après s'être assuré que le sac est bien disséqué et que le canal déférent se trouve à

côté de lui et ne fait plus partie de sa paroi, l'index gauche est introduit dans le sac jusqu'à sa base pour empêcher l'issue d'intestin ou d'épiploon au moment de la ligature. On transfixe alors le sac à son collet avec un fil (catgut ou soie) dont on lie les 2 chefs d'un côté d'abord, puis de l'autre en retirant peu à peu le doigt de façon à être sûr que rien n'a été pris dans la ligature

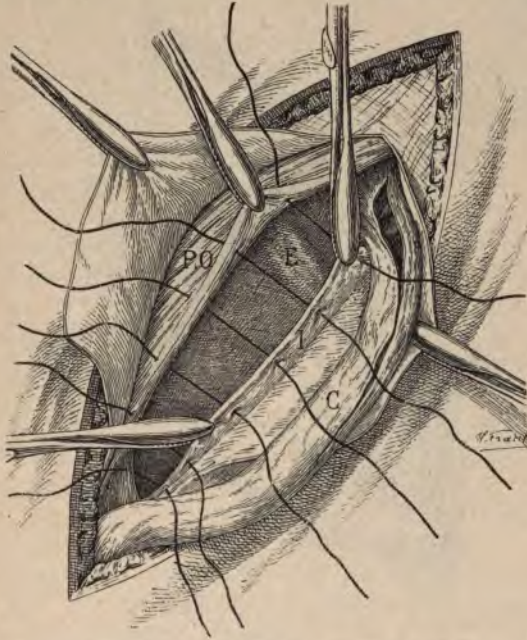


Fig. 22. — Fermeture de la paroi (1^{er} temps). — Le cordon C est écarté en bas et en dehors. Les fils qui doivent réunir la bandelette ilio-pubienne I au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse (PO) sont déjà passés. Dans la profondeur on aperçoit par transparence les vaisseaux épigastriques (E).

en plus du sac. On coupe alors le sac un peu au-dessous de la ligature, on s'assure que la ligature fait bien l'hémostase et on coupe le fil.

IV. Réfection du trajet inguinal (Procédé de Bassini).

— Pour refaire le trajet inguinal il faut reconstituer un canal oblique avec une paroi postérieure ou profonde et une paroi antérieure ou superficielle. On refait la paroi postérieure en

aux ciseaux en partant de l'angle externe de l'orifice inguinal superficiel, et en allant jusqu'à la partie supérieure de l'incision

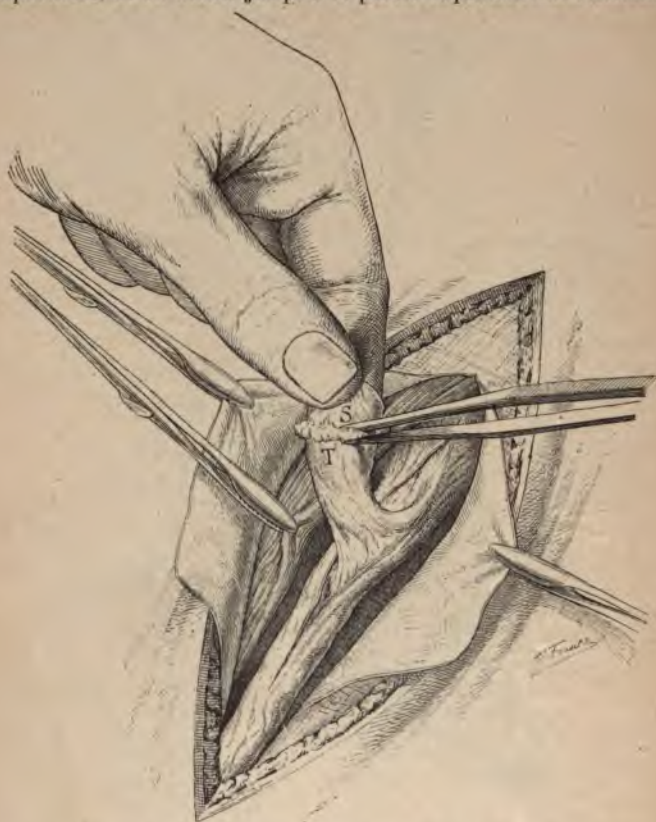


Fig. 19. — Dissection du sac. — Sur le doigt introduit dans le sac S, la pince sépare de la séreuse le tissu cellulaire T qui la double.

cutanée. Chaque lèvre de l'incision est libérée et repérée par une pince.

II. Isolement du cordon et du sac. — Avec la pince et la sonde cannelée, on isole le cordon dans lequel est contenu le sac herniaire, de l'arcade de Fallope en bas, du bord inférieur du petit oblique et du transverse en haut. On effondre le cordon à la sonde cannelée en évitant de blesser les veines, jusqu'à ce

qu'on aperçoive le sac sous forme d'une lame blanchâtre, surtout marquée sur ses bords, là où les 2 feuillets se continuent l'un avec l'autre. Le sac peut être quelquefois difficile à trouver quand il est petit (pointe de hernie); il faut alors le chercher

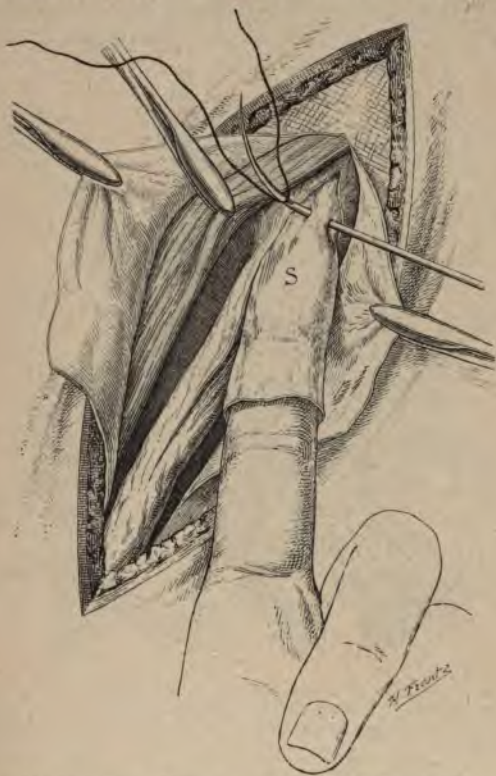


Fig. 20. — Ligature du sac (1^{er} temps). — Sur le doigt introduit dans le sac S, on passe un fil dont on noue immédiatement les deux chefs.

le plus près possible de l'orifice inguinal profond, puisque c'est toujours là qu'il existe quand il y en a un.

Le sac trouvé, on essaiera de le disséquer sans l'ouvrir, mais pour peu qu'on éprouve quelque difficulté, on incisera le sac, et, introduisant l'index gauche dans sa cavité, on le dissèque jusqu'à sa base c'est-à-dire jusqu'au niveau de l'orifice inguinal profond.

Le fond du sac, correspondant généralement au point où s'est oblitéré le conduit péritonéo-vaginal, est assez difficile à isoler; il faut souvent employer ici un instrument mousse (ciseaux fermés, sonde cannelée, pince à disséquer); mais une fois l'isolement amorcé, il se continue avec la plus grande facilité jusqu'au pédicule du sac; il suffit, pour l'isoler des tissus voisins, de re-

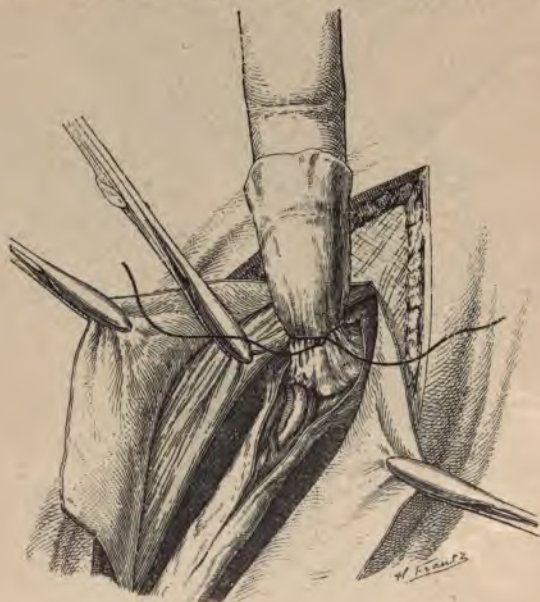


Fig. 21. — Ligature du sac (2^e temps). — Le sac ayant été lié sur sa face supérieure, on ramène les deux chefs du fil sur sa face inférieure où on les noue. Le doigt introduit dans le sac empêche que l'on ne prenne dans la ligature quelque organe de l'abdomen.

fouler ceux-ci avec une simple compresse dont on frotte la face externe du sac. Il faut dans cette dissection du sac éviter toute brusquerie pour ne rien déchirer ni le sac lui-même, ni le canal déférent souvent adhérent.

On ne s'arrêtera dans cette dissection que quand en dedans on voit apparaître la graisse périvésicale.

III. Ligature et résection du sac. — Après s'être assuré que le sac est bien disséqué et que le canal déférent se trouve à

côté de lui et ne fait plus partie de sa paroi, l'index gauche est introduit dans le sac jusqu'à sa base pour empêcher l'issue d'intestin ou d'épiploon au moment de la ligature. On transfixe alors le sac à son collet avec un fil (catgut ou soie) dont on lie les 2 chefs d'un côté d'abord, puis de l'autre en retirant peu à peu le doigt de façon à être sûr que rien n'a été pris dans la ligature

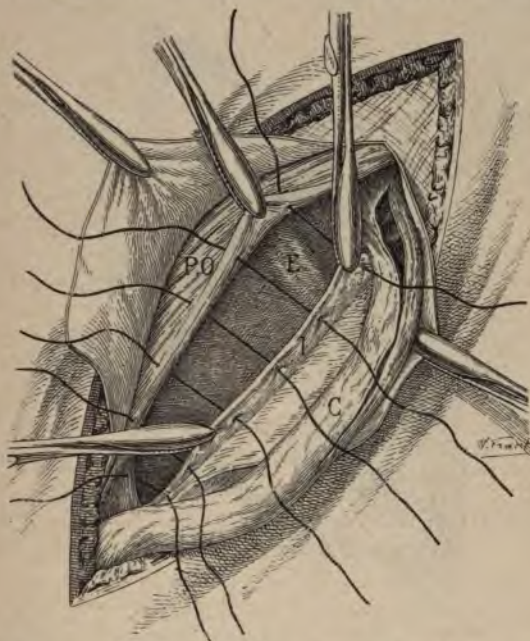


Fig. 22. — Fermeture de la paroi (1^{er} temps). — Le cordon C est écarté en bas et en dehors. Les fils qui doivent réunir la bandelette ilio-pubienne I au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse (PO) sont déjà passés. Dans la profondeur on aperçoit par transparence les vaisseaux épigastriques (E).

en plus du sac. On coupe alors le sac un peu au-dessous de la ligature, on s'assure que la ligature fait bien l'hémostase et on coupe le fil.

IV. Réfection du trajet inguinal (Procédé de Bassini).

— Pour refaire le trajet inguinal il faut reconstituer un canal oblique avec une paroi postérieure ou profonde et une paroi antérieure ou superficielle. On refait la paroi postérieure en

suturant le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse à la bandelette ilio-pubienne. Pour cela, à la sonde cannelée, on isole le bord inférieur de ces deux muscles en séparant assez haut leur face postérieure du *fascia transversalis*; en dedans on isole de même le tendon conjoint; on les repère avec deux pinces hémostatiques. En bas on reconnaît la bandelette ilio-

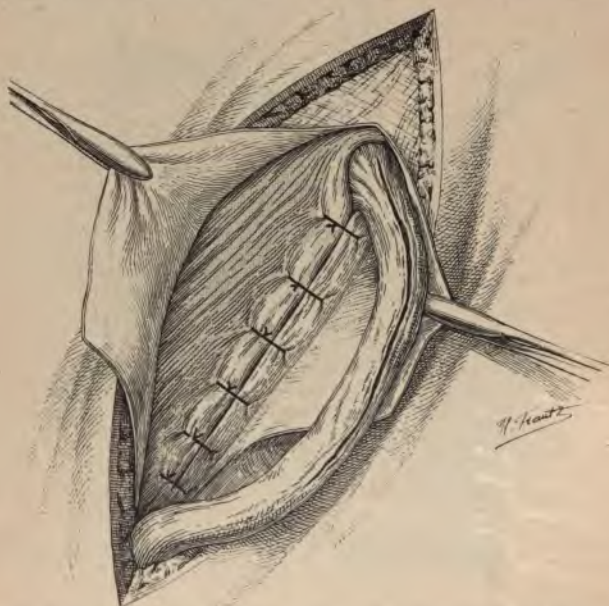


Fig. 25. — Fermeture de la paroi (2^e temps). — La suture du bord inférieur du petit oblique et du transverse à la bandelette ilio-pubienne est achevée. On laisse le cordon revenir à sa place.

pubienne et on la saisit avec 2 pinces; mais, pour écarter temporairement le cordon du champ opératoire, il est commode de placer ces pinces de la façon suivante qui leur permet de l'écarter en bas. Il suffit de placer ces 2 pinces en dedans et non en dehors du cordon, si bien que quand on tire sur elles, le cordon est rejeté en bas et en dehors.

Il n'y a plus qu'à suturer ces deux formations entre elles. En général, on fait une suture à points séparés au fil ou à la soie. Cette suture commencera en dehors, au milieu de l'orifice ingui-

nal profond ; en dedans elle ira jusqu'au sommet de l'angle d'insertion du tendon conjoint. Quand la suture est terminée, il faut que le doigt, appuyant sur toute la région, sente sous lui un plan solide ne se laissant pas déprimer.

Il y a deux écueils à éviter dans cette suture. On peut blesser la veine fémorale en piquant la bandelette ilio-pubienne et bles-

ser le péritoine et même l'intestin en piquant les muscles petit oblique et transverse. Pour éviter ces accidents, il suffit d'opérer sous ses yeux, en isolant bien les parties à suturer, en les soulevant avec les pinces repères et au besoin en protégeant avec le doigt les points dangereux ; il ne faut, en tout cas, jamais piquer au hasard sans

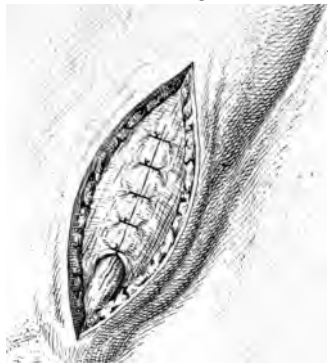


Fig. 24. — Fermeture de la paroi (3^e temps).
La suture de l'aponévrose du grand oblique est terminée.

qu'on puisse suivre des yeux la pointe de son aiguille.

Après avoir refait la partie postérieure du canal inguinal, on laisse le cordon revenir à sa place et on en fait une hémostase parfaite, car il n'est pas rare qu'une petite veine ait été déchirée au cours de l'opération.

Pour reconstituer la paroi antérieure, on suture les deux lèvres de l'incision faite à l'aponévrose du grand oblique en commençant en dehors et en poursuivant la suture en dedans sur les piliers : on ne s'arrêtera que quand l'anneau inguinal superficiel sera rétréci juste assez pour ne pas étrangler le cordon.

V. Suture de la peau. — Il ne reste plus qu'à faire avec soin l'hémostase du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau et de les suturer sans drainage.

Hernies à canal ouvert.

Ces hernies diffèrent des précédentes en ce qu'elles ne possèdent pas de fond, le sac communiquant parfois à plein canal avec la cavité vaginale. Au point de vue pratique, il y a intérêt

à leur joindre les hernies à sac descendant très bas, dont il est incommode d'aller chercher le fond et qu'on traitera comme les hernies à canal ouvert.

L'opération ne diffère de la précédente qu'en ce qui concerne la dissection et le traitement du sac.



Fig. 25. — Manière d'inciser le sac dans les cas de hernie à canal ouvert. Le sac C, largement ouvert, est vu par sa face interne : avec le bistouri, on incise la séreuse de dedans en dehors en n'intéressant qu'elle.

ses bords à l'autre, avec le bistouri, mais très délicatement, puis, dès que le feuillet séreux est incisé, on le saisit avec une pince et on le dissèque en remontant vers l'orifice inguinal profond. Il faut ici faire grande attention, car ce feuillet est très mince et intimement adhérent aux éléments du cordon et particulièrement au canal déférent. Lorsque le sac est disséqué jusqu'à l'orifice inguinal profond, on le lie et on le résèque.

Il faut alors traiter la partie périphérique du sac : on l'extirpe tout entière si le sac est fermé par en bas, le plus loin possible s'il reste ouvert et au point où on le laisse, on le lie ou on le suture pour fermer la vaginale. Au besoin, si l'extirpation était trop longue et trop difficile, il n'y aurait pas à hésiter à laisser le sac en place après l'avoir ou non fermé.

Hernies très volumineuses.

Dans les cas où le trajet inguinal est particulièrement faible et où un large espace sépare le bord inférieur des muscles petit

Les deux premiers temps sont donc semblables ; mais une fois le sac ouvert, quand on s'est bien assuré qu'il se prolonge loin dans les bourses, il faut couper le sac en travers et se comporter avec sa moitié supérieure comme quand le sac est fermé. Le sac ouvert est alors transversalement tendu et on l'incise de sa face interne vers sa face externe, d'un de

qu'on aperçoive le sac sous forme d'une lame blanchâtre, surtout marquée sur ses bords, là où les 2 feuillets se continuent l'un avec l'autre. Le sac peut être quelquefois difficile à trouver quand il est petit (pointe de hernie); il faut alors le chercher

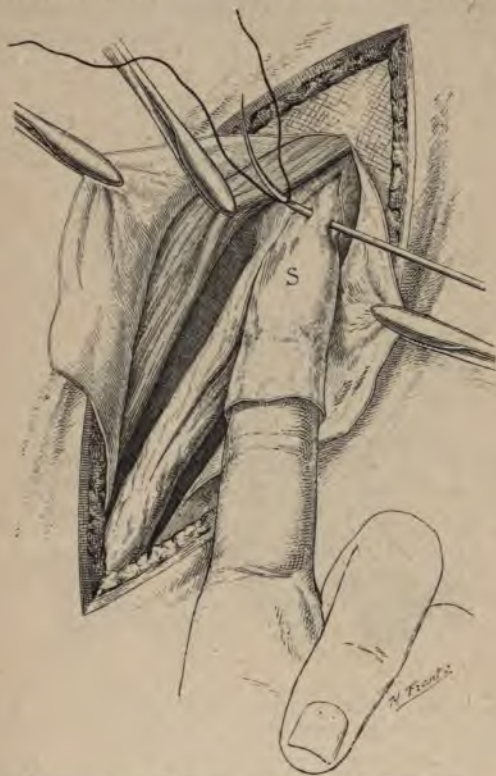


Fig. 20. — Ligature du sac (1^{er} temps). — Sur le doigt introduit dans le sac S, on passe un fil dont on noue immédiatement les deux chefs.

le plus près possible de l'orifice inguinal profond, puisque c'est toujours là qu'il existe quand il y en a un.

Le sac trouvé, on essaiera de le disséquer sans l'ouvrir, mais pour peu qu'on éprouve quelque difficulté, on incisera le sac, et, introduisant l'index gauche dans sa cavité, on le dissèque jusqu'à sa base c'est-à-dire jusqu'au niveau de l'orifice inguinal profond.

Le fond du sac, correspondant généralement au point où s'est oblitéré le conduit péritonéo-vaginal, est assez difficile à isoler; il faut souvent employer ici un instrument mousse (ciseaux fermés, sonde cannelée, pince à disséquer); mais une fois l'isolement amorcé, il se continue avec la plus grande facilité jusqu'au pédicule du sac; il suffit, pour l'isoler des tissus voisins, de re-

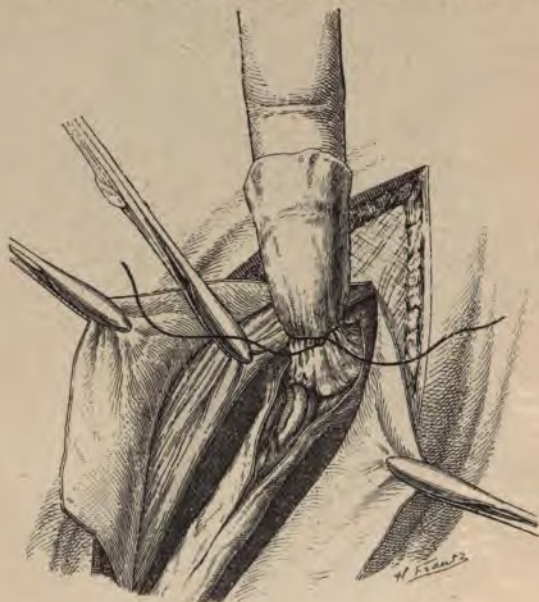


Fig. 21. — Ligature du sac (2^e temps). — Le sac ayant été lié sur sa face supérieure, on ramène les deux chefs du fil sur sa face inférieure où on les noue. Le doigt introduit dans le sac empêche que l'on ne prenne dans la ligature quelque organe de l'abdomen.

fouler ceux-ci avec une simple compresse dont on frotte la face externe du sac. Il faut dans cette dissection du sac éviter toute brusquerie pour ne rien déchirer ni le sac lui-même, ni le canal déférent souvent adhérent.

On ne s'arrêtera dans cette dissection que quand en dedans on voit apparaître la graisse périvésicale.

III. Ligature et résection du sac. — Après s'être assuré que le sac est bien disséqué et que le canal déférent se trouve à

côté de lui et ne fait plus partie de sa paroi, l'index gauche est introduit dans le sac jusqu'à sa base pour empêcher l'issue d'intestin ou d'épiploon au moment de la ligature. On transfixe alors le sac à son collet avec un fil (catgut ou soie) dont on lie les 2 chefs d'un côté d'abord, puis de l'autre en retirant peu à peu le doigt de façon à être sûr que rien n'a été pris dans la ligature

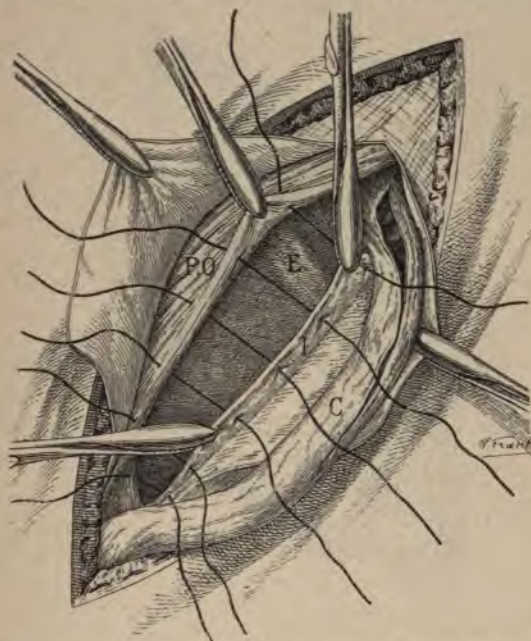


Fig. 22. — Fermeture de la paroi (1^{er} temps). — Le cordon C est écarté en bas et en dehors. Les fils qui doivent réunir la bandelette ilio-pubienne I au bord inférieur des muscles petit oblique et transverse (PO) sont déjà passés. Dans la profondeur on aperçoit par transparence les vaisseaux épigastriques (E).

en plus du sac. On coupe alors le sac un peu au-dessous de la ligature, on s'assure que la ligature fait bien l'hémostase et on coupe le fil.

IV. Réfection du trajet inguinal (Procédé de Bassini).

— Pour refaire le trajet inguinal il faut reconstituer un canal oblique avec une paroi postérieure ou profonde et une paroi antérieure ou superficielle. On refait la paroi postérieure en

au méso, c'est-à-dire dans laquelle ne se trouvent pas les vaisseaux coliques.

Après section du sac, au lieu de couper les deux chefs

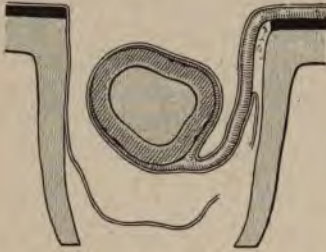
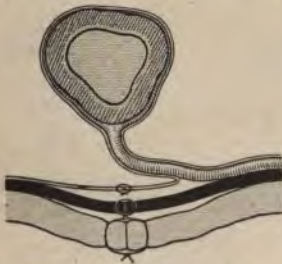


Fig. 29. — Hernie du gros intestin à méso long. — Le sac cutané et le sac péritonéal ont été ouverts. Le méso a été décollé de la paroi avec les vaisseaux qui y circulent.

du fil, on a soin de les conserver pour pratiquer la manœuvre dite de Barker qui a pour but de remonter le moignon du sac et de l'éloigner du canal inguinal et de mieux éviter ainsi, au niveau de l'anneau inguinal profond, la formation d'un cul-de-sac, amorce d'une récédive.

Pour cela, on décolle, avec une sonde cannelée, la face profonde des muscles larges de l'abdomen du *fascia*

transversalis, vers l'épine iliaque antéro-supérieure; puis, à l'aide d'une aiguille, on fait traverser toute l'épaisseur des



30. — Hernie du gros intestin à long méso. Le méso décollé a été réduit dans l'abdomen, le péritoine refermé par une suture après résection d'une partie du sac.

trois couches musculaires de la paroi à chacun des deux fils, mais isolément, et on les noue ensemble par-dessus l'aponévrose du grand oblique: le moignon du sac se trouve ainsi attiré en haut et en dehors.

Il faut toujours disséquer la face profonde du transverse et ne pas passer aveuglément les deux fils dans la paroi, sous peine de risquer de blesser le péritoine et peut-être une anse intestinale en arrière de lui. En outre,

quand on veut pratiquer cette manœuvre, il faut avoir soin de ne pas lier le sac trop près de l'S iliaque, car, en attirant ainsi le sac en haut et en dehors, on risquerait de couder l'intestin et de produire une occlusion intestinale.

Hernies du gros intestin à méso court ou sans méso.

Incision cutanée et aponévrotique. — Elle ne varie pas,

mais quand on soupçonne une hernie par glissement, il faut redoubler de prudence au moment de l'ouverture du sac, car il arrive parfois que l'intestin, par sa face dépourvue de péri-

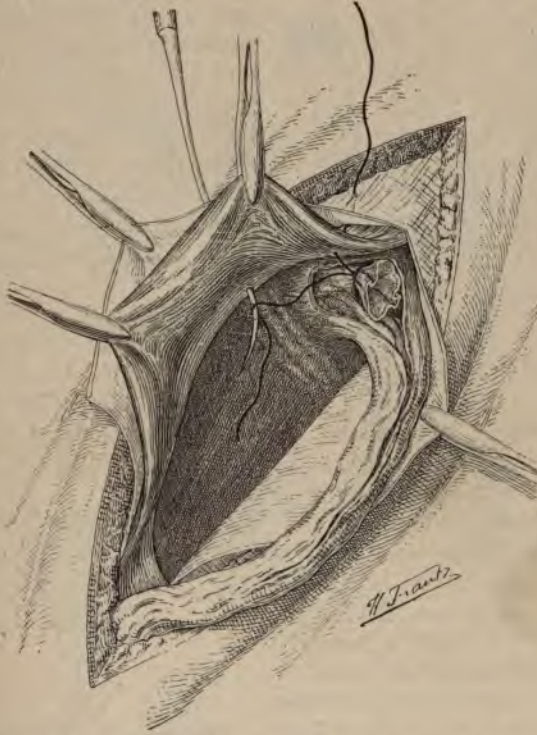


Fig. 51. — Manœuvre dite de Barker. — Les fils qui ont servi à lier le sac sont passés aussi haut que possible à travers les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale : puis les deux chefs noués l'un avec l'autre.

toine, se rencontre sous l'instrument tranchant et risque d'être incisé avant que le sac lui-même soit ouvert.

Le sac ouvert et la disposition des parties reconnues, il faut se mettre en devoir de décoller tout le sac des tissus environnants, mais en ayant bien soin de laisser adhérents à ce sac les vaisseaux intestinaux qui rampent sous lui pour aller de l'artère mésentérique inférieure à l'S iliaque. Lorsque le sac est entièrement isolé, on le réduit dans l'abdomen et, recouvrant

L'incision inguinale d'une compresse, on passe à la reconstitution du mésocôlon ilio-pelvien.

Reconstitution du mésocôlon ilio-pelvien. — On com-



Fig. 52. — Hernie du gros intestin à méso étalé. (Schéma.)

mence par pratiquer une laparotomie par une incision longue de 8 à 10 centimètres, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure et dont le milieu répond à cette saillie. On incise la peau, les trois couches musculaires et le péritoine que l'on repère.

On va alors à la recherche de l'S iliaque décollé, qui flotte librement dans le ventre sans méso et on l'attire dans la

plaie, ce qui a pour résultat de tirer sur le péritoine qui formait le sac et de le forcer à se replier en mettant au contact ses faces cruentées et en tournant en dehors sa face séreuse.

On se trouve ainsi avoir reconstitué un mésocôlon ilio-pelvien en lui faisant suivre, mais en sens inverse, la série des étapes qui l'avait fait disparaître. Afin d'éviter qu'une fois rentrés dans l'abdomen les deux feuillets se décollent, ce qui ne manquerait pas d'arriver, il faut les fixer immuablement l'un à l'autre. Choissant, à cet effet, les points du méso qui sont dépourvus de vaisseaux, on y place une série de points en U traversant les deux feuillets du méso et les empêchant de se dédoubler de nouveau. On poursuit cette fusion aussi loin qu'on peut en évitant bien toujours de prendre quelque vaisseau dans le nœud.

On peut alors abandonner l'S iliaque et refermer l'abdomen



Fig. 53. — Hernie du gros intestin à méso étalé. — Reconstitution du méso par refoulement de l'intestin dans l'abdomen,

par trois plans de suture, mais, en général, pour mieux s'assurer contre la récurrence, il est bon, avant de refermer la paroi, de fixer l'intestin à la paroi en pratiquant une colopexie.

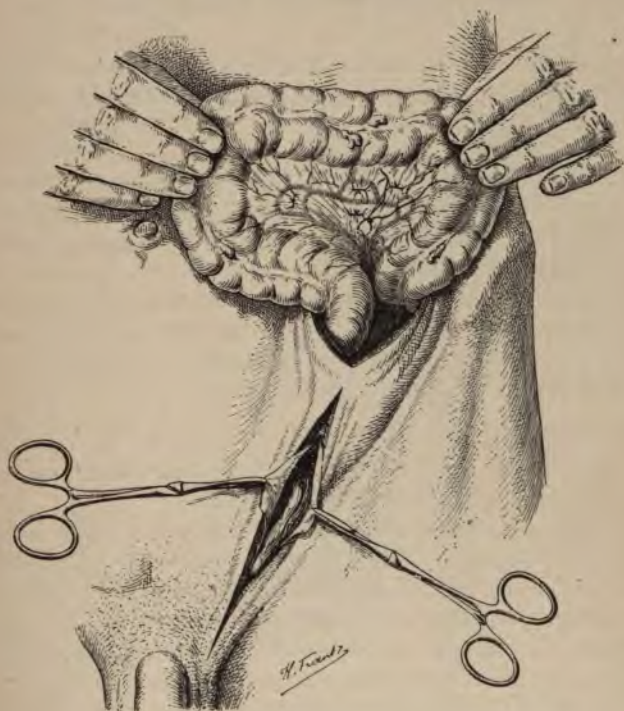


Fig. 54. — Hernie du gros intestin à méso étalé. Reconstitution du méso par refoulement de l'intestin dans l'abdomen. Placement des sutures pour empêcher le méso de s'étaler de nouveau.

Reconstitution du trajet inguinal. — Il ne reste plus alors qu'à terminer la cure radicale en refaisant les deux parois du trajet inguinal et, comme ces hernies sont presque toujours des hernies énormes, il est utile de renforcer la paroi en adoptant le mode opératoire de Berger que nous avons exposé.

On se comportera vis-à-vis du sac comme d'ordinaire, soit en liant et réséquant le sac, si, après reconstitution du méso, il

restait un sac exubérant, soit en se contentant de suturer l'incision qui lui a été faite lorsque le sac a disparu dans ce temps.

Hernie avec ectopie testiculaire.

La cure radicale comprend ici deux actes distincts : la cure radicale proprement dite et le traitement de l'ectopie testiculaire.

Cure radicale. — La cure radicale ne diffère en rien de la cure ordinaire des hernies inguinales congénitales : il faudra cependant disséquer le sac aussi haut que possible pour le bien séparer des éléments du cordon.

L'ectopie se traite de deux manières : ou le testicule ne peut, pour quelque raison que ce soit, être descendu dans les bourses et on fera la castration, ou bien on pourra le descendre et le fixer dans les bourses, c'est l'orchidopexie.

Orchidopexie. — L'orchidopexie comporte deux temps : la libération du testicule et du cordon pour permettre leur descente dans les bourses et leur fixation.

La libération se fait ainsi. Tout en conservant intact le cordon spermatique, on détruit toutes les adhérences qui relient testicule et épидидyme aux tissus voisins (débris du *gubernaculum*, etc.). On saisit alors d'une main le testicule et on tire sur lui pour l'abaisser : on voit se tendre le cordon qui s'oppose à sa descente ; on sectionne un peu ce qui se tend et on continue à tirer et ainsi de suite, tirant sur le cordon et coupant peu à peu toutes les brides qui résistent (crémaster, fibreuse, etc.). Ces sections devront ainsi détruire tout ce qui empêche de descendre, en respectant seulement le canal déférent et l'artère spermatique ; de plus ces sections devront être faites non pas en un point du cordon, mais sur toute son étendue.

Trop souvent, même au prix de ces sections multiples, on n'arrive pas à faire descendre suffisamment le testicule. On peut encore essayer d'obtenir un certain allongement en désinsérant du testicule la queue de l'épididyme et en mettant ainsi cet organe dans le prolongement du canal déférent, si les vaisseaux spermatiques le permettent. On a bien conseillé de sec-

tionner ces vaisseaux, mais cette pratique nous paraît dangereuse pour la vitalité du testicule. S'il ne peut être assez abaissé, mieux vaut se décider à en faire le sacrifice.

Lorsqu'on est ainsi parvenu à abaisser suffisamment le testicule, il faut le loger dans les bourses et pour cela lui creuser une véritable niche, car on trouve le côté correspondant du scrotum atrophié et à sa base une véritable cloison conjonctive qui empêche le testicule d'y pénétrer. Cette cloison, il faut l'inciser au bistouri ou aux ciseaux et, passant par l'orifice ainsi créé, creuser avec le doigt une loge dans le tissu cellulaire qui remplit le scrotum. On introduit le testicule dans la loge qu'on vient ainsi de lui créer, mais il faut l'y fixer, car il a une tendance invincible à remonter.

La fixation se fait habituellement en suturant le testicule ou la queue de l'épididyme au fond des bourses : mais on fixe ainsi le testicule à un point mobile qui se laisse facilement remonter, entraîné par le testicule. Aussi vaut-il beaucoup mieux faire cette fixation à un point fixe et solide qui l'empêchera de remonter, par exemple le tissu fibreux prépubien ou le tendon d'origine du moyen adducteur.

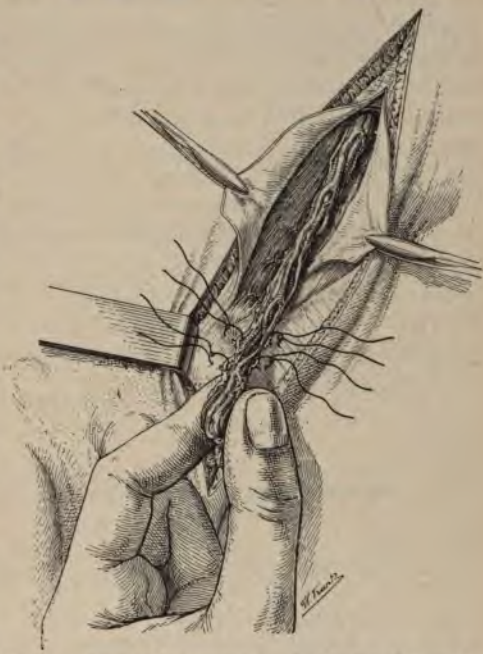


Fig. 55. — Fixation du cordon. — Le cordon, tiré en bas aussi fortement que possible, est fixé dans cette position par quelques points de suture, les uns en dedans aux tissus présymphysiens, les autres en dehors à l'aponévrose du moyen adducteur.

Cette fixation se fait ainsi. Une anse de fil est passée dans l'épaisseur du tissu fibreux prépubien ou un peu en dehors au niveau de la racine interne de la cuisse; puis, tirant le cordon pour abaisser au maximum le testicule, on transperce avec un des chefs du fil un des nombreux débris cellulaires adhérents au cordon juste au niveau du point où se fera la fixation. Le fil est alors noué. On peut ainsi étager 2 ou 3 points de suture. Le cordon, fixé à la partie supérieure de son trajet scrotal, n'a plus tendance à remonter.

Il faut avoir soin en pratiquant cette fixation de ne pas prendre dans le fil le canal déférent ou l'artère spermatique.

Il n'y a plus, pour avoir terminé l'opération, qu'à suturer la paroi antérieure du canal inguinal, la paroi postérieure ayant dû être reconstituée avant qu'on ne fixe le testicule.

On peut aussi, pour fixer le testicule, inciser la cloison des bourses, faire passer le testicule dans la bourse opposée et refermer la cloison. L'élasticité de cette cloison suffit à empêcher le testicule de remonter.

CURE RADICALE DES HERNIES INGUINALES CHEZ LA FEMME

La cure radicale de ces hernies chez la femme ne diffère guère de la même opération chez l'homme; le cordon spermatique est ici remplacé par le ligament rond, qui présente avec le sac les mêmes rapports.

Quand le sac se laisse facilement disséquer, on peut le disséquer et laisser le ligament rond en place. Si la dissection du sac présente la moindre difficulté, il n'y a pas à hésiter à réséquer à la fois sac et ligament rond, mais toutefois après ouverture du sac pour éviter de lier par mégarde de l'intestin ou de l'épiploon à la base du sac.

En tous cas, on terminera en reconstituant les deux parois du canal inguinal, mais, comme il n'y a aucun organe important qui traverse l'anneau inguinal superficiel, on le fermera entièrement par suture de ses piliers.

CHAPITRE IV

CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

La cure radicale des hernies crurales présente des difficultés, variables suivant les cas.

Il est des petites hernies, ce sont les plus fréquentes, où tous les procédés donnent d'aussi bons résultats : le plus simple est ici le meilleur et nous conseillerons pour elles le procédé de Berger.

Au contraire, dans les hernies un peu volumineuses, les difficultés deviennent notables. Pour avoir une cure radicale solide, il faut réséquer le sac aussi haut que possible, dans l'abdomen même, et ensuite reconstituer la paroi abdominale en fermant le canal crural. C'est là le point délicat, car ce canal présente des parois rigides, sauf en dehors où se trouve la veine fémorale inutilisable. Pour le fermer convenablement, il faudra un double plan de suture : l'un, antérieur, abaissant l'aponévrose du grand oblique et la fixant à l'aponévrose pectinéale ; l'autre, postérieur, fixant le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse au ligament de Cooper. On évite ainsi la persistance au-dessus du canal d'un cul-de-sac péritonéal, amorce d'une récidence.

On peut y arriver par un procédé semblable dans les deux sexes ; mais la présence dans la région du cordon chez l'homme nous engage à décrire chez lui un procédé spécial qui évite sa blessure.

I. — HERNIES FACILES. — *Procédé de Berger.*

I. **Incision.** — On fait une incision verticale passant au niveau de l'anneau crural. Si la hernie est sortie ou étranglée, on fera passer l'incision au niveau du collet de la hernie ; si elle est rentrée, on cherchera à sentir l'anneau crural vide et, à défaut de cette sensation, on fera passer l'incision à deux travers de doigt environ en dehors de l'épine du pubis.

L'incision descendra jusqu'à la partie inférieure au moins de la hernie ; en haut elle devra remonter à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope.

En haut on incise la peau, le tissu cellulo-graisseux sous-cutané jusqu'à l'aponévrose du grand oblique qu'on met bien à

nu; en bas il faut souvent en plus inciser l'aponévrose fémorale, généralement réduite à un mince feuillet graisseux. On tombe alors habituellement sur une masse graisseuse lobulée qui est soit un lipome préherniaire, soit le sac herniaire lui-même toujours doublé de graisse.

II. Dissection du sac. — Aussitôt le sac découvert, on le contourne avec l'index, on le décolle complètement de tous les tissus voisins et on l'isole jusqu'à son pédicule; cette manœuvre se fait presque toujours avec une grande facilité, car il ne présente aucune adhérence avec les parties voisines. On se met

alors en devoir de disséquer le sac le plus haut possible.

Il est inutile de disséquer le sac aussi serré qu'en cas de hernie inguinale : il faut au contraire extirper avec lui le lipome herniaire et la couche graisseuse qui l'entoure.

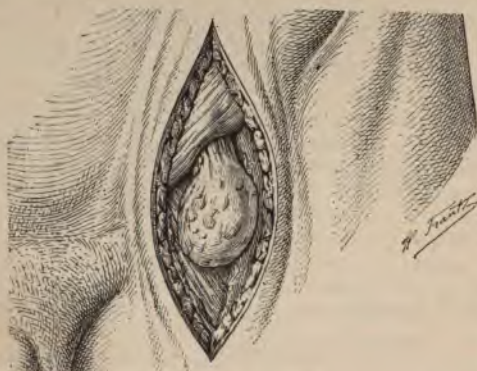


Fig. 36. — Cure radicale de la hernie crurale.
Incision et libération du sac.

III. Ligature et excision du sac. — Avant de lier le sac, on incise délicatement la couche graisseuse qui l'entoure et on l'ouvre : il est indispensable de s'assurer, avant de le lier, qu'il n'y a ni viscère, ni épiploon adhérent dans le sac et pouvant être pincé par la ligature. On traverse alors le collet du sac avec un fil et on fait un nœud de meunier pour fermer le sac; on sectionne à quelques millimètres au-dessous du nœud et on s'assure que l'hémostase est bien complète.

On pratique alors la manœuvre de Barker : isolant la face postérieure du petit oblique et du transverse, on glisse en arrière d'eux une aiguille munie d'un des chefs de la ligature du sac,

on perfore les trois couches musculaires, isolément pour chaque fil et on noue les deux chefs sur l'aponévrose du grand oblique. On entraîne ainsi le moignon du sac loin de l'anneau crural.

IV. Fermeture du canal. — Il faut adosser aussi largement que possible l'aponévrose du grand oblique abaissée avec l'aponévrose du pectiné, par trois ou quatre points superposés d'avant en arrière et concentriques.

Une anse de fil est passée sous l'aponévrose du pectiné au ras de la crête pectinéale : l'extrémité externe sort presque au-dessous de la veine fémorale qu'on récline en dehors, l'interne près du

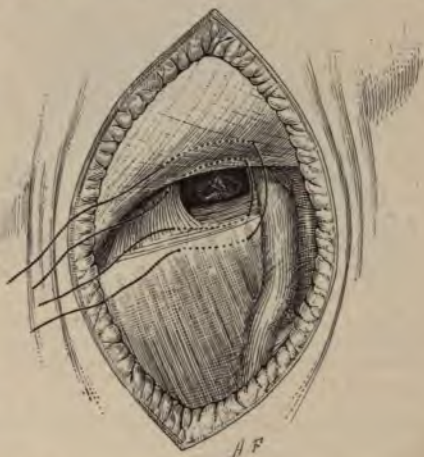


Fig. 57. — Cure radicale de la hernie crurale. Fermeture du canal.

ligament de Gimbernat. Un de ces chefs est repris et passé dans l'arcade de Fallope en prenant le ligament de Gimbernat.

On place ainsi deux ou trois fils en avant du précédent. Après qu'ils sont noués, on a une véritable suture en bourse par étages.

II. — HERNIES DIFFICILES.

a) *Chez l'homme*, on interviendra par la voie inguinale ⁽¹⁾.

I. Incision. — Le début de l'opération est exactement calqué sur celui de la cure radicale de la hernie inguinale :

(1) Ce procédé est tout spécialement indiqué dans les cas, assez fréquents chez l'homme, de distension de l'aîne (Berger). Il y a là une double saillie inguinale et crurale que sépare une dépression due au ligament de Fallope. Si l'on veut guérir le malade, il faut pratiquer la cure radicale à la fois de la hernie inguinale et de la hernie crurale.

même incision cutanée, un peu plus rapprochée toutefois de

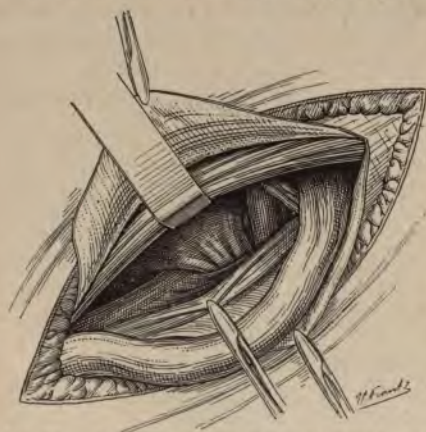


Fig. 58. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. — Aspect de la région après effondrement de la paroi postérieure du canal inguinal.

l'arcade crurale; incision de l'aponévrose du grand oblique, isolement du cordon qui est récliné en bas.

Le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse est mis à nu, isolé et récliné en haut. Le fascia transversalis est incisé ou effondré dans toute l'étendue de la paroi postérieure du trajet inguinal, en dehors on rencontre les vaisseaux épigastriques qu'on peut sectionner

entre deux ligatures ou simplement récliner en dehors.

II. Résection du

sac. — On a sous les yeux, dans la partie interne de la région, l'infundibulum péritonéal qui s'enfonce dans le canal crural pour former le sac herniaire. On le traite alors comme il convient: isolement, ouverture, ligature et résection. Si le sac ne se laissait pas isoler, on l'ouvrirait en le sectionnant complètement et, en disséquant la lèvre inférieure de l'incision cutanée, on extirpe-

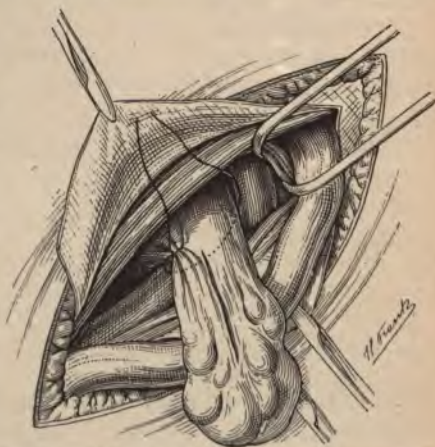


Fig. 59. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. Le sac a été isolé et incisé: ligature du sac.

rait sa partie périphérique par la région crurale. De même en cas de hernie irréductible, en incisant le sac à ce niveau, on tombe sur l'épiploon libre qu'il suffit de sectionner pour permettre la réduction. Par cette voie, on peut réséquer le sac très haut, ce qui rend inutile la manœuvre de Barker.

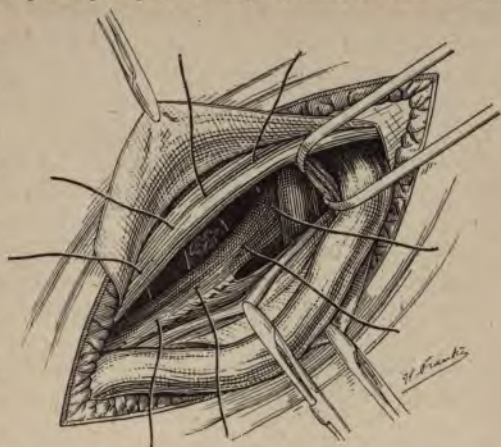


Fig. 40. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. Fermeture du canal crural par suture du bord inférieur des muscles petit oblique et transverse au périoste de la crête pectinéale. (Ligament de Cooper.)

III. Réfection de la pa-

roi. — On commence par mettre bien à nu la crête pectinéale en

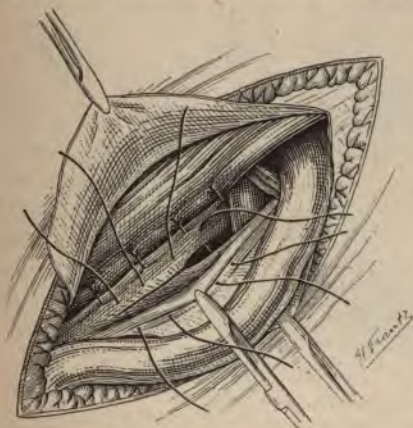


Fig. 41. — Cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. Suture de l'arcade crurale à l'apophyse pectinéale.

refoulant en outre légèrement la veine fémorale en dehors. On passe alors une série de points comprenant le ligament de Cooper d'un côté, le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse de l'autre. Si ceux-ci étaient trop atrophiés ou ne se laissaient pas suffisamment abaisser, on pourrait tailler dans le feuillet antérieur de la gaine du grand droit un lambeau qu'on abaisserait et suturerait au ligament de Cooper.

beau qu'on abaisserait et suturerait au

(V. page 27.) Il faut en dehors aller jusqu'au contact de la veine fémorale, sans toutefois comprimer celle-ci.

On sectionne alors le ligament de Gimbernat jusqu'à l'épine pubienne, puis par en dessus ou par en dessous, on fixe par quelques points l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné pour supprimer l'orifice crural.

On laisse alors le cordon reprendre sa place; on suture l'incision de l'aponévrose du grand oblique.

b) *Chez la femme*, le même résultat peut être obtenu plus simplement sans ouvrir le canal inguinal, car chez elle il n'y a pas à craindre la blessure du cordon spermatique.

I. **Incision du sac.** — Incision verticale comme dans le procédé de Berger.

II. **Dissection du sac.** — Ce temps ne présente ici rien de spécial.

III. **Résection du sac.** — On dissèque le sac jusqu'à l'an-

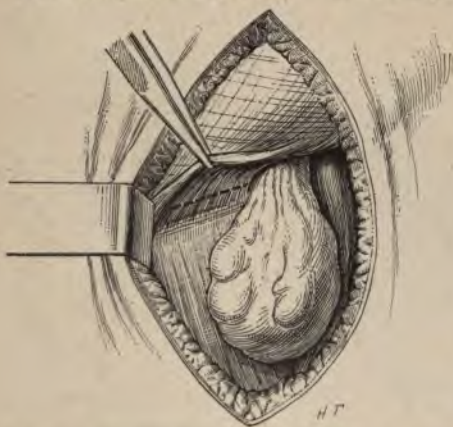


Fig. 42. — Cure radicale de la hernie crurale. — Découverte et section du ligament de Gimbernat.

neau crural et on l'attire en dehors. En soulevant alors le ligament de Fallope à l'aide d'un écarteur, on aperçoit le ligament de Gimbernat qu'on isole et qu'on incise au ras de son insertion pubienne jusqu'à l'insertion de l'arcade à l'épine du pubis.

Le canal crural est maintenant largement ouvert; il est facile d'isoler le sac herniaire jusqu'à son collet et même au delà, jusqu'à ce qu'apparaisse la graisse périvésicale.

On ouvre alors le sac, on le lie et on l'excise.

IV. Réfection de la paroi. — On isole le péritoine de la face profonde de la paroi abdominale antérieure. On met à nu la crête pectinéale et le ligament de Cooper et, allant de dedans en dehors sans perdre le contact osseux, on récline facilement et sûrement la veine fémorale sans qu'il soit utile de la mettre à nu pour la voir. On a devant les yeux le rebord fibreux net et brillant formé par les fibres transversales du ligament de Cooper. On passe alors une série de fils

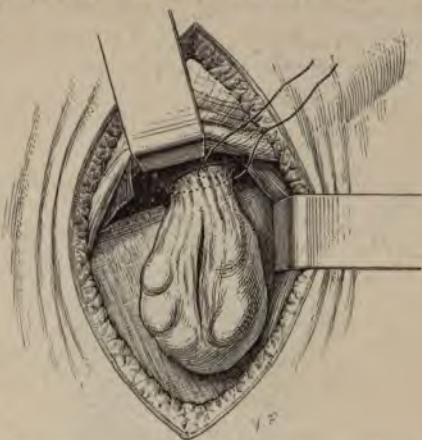


Fig. 43. — Cure radicale de la hernie crurale. Ligature haute du sac.

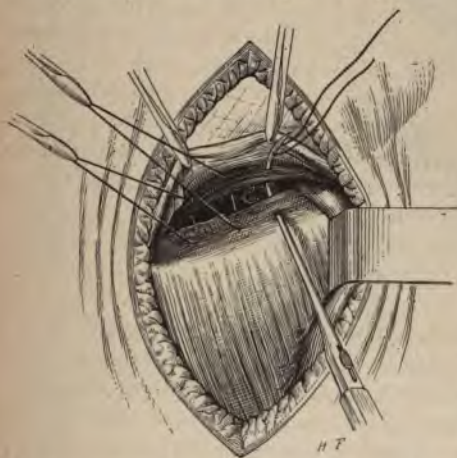


Fig. 44. — Cure radicale de la hernie crurale. — Suture des muscles petit oblique et transverse à la crête pectinéale. (Plan profond.)

d'une part dans l'épaisseur même de ce ligament⁽¹⁾, d'autre part dans le bord inférieur des muscles petit obli-

(1) Il est bon pour cela d'utiliser une aiguille solide telle que l'aiguille de Doyen; une aiguille de Reverdin casse presque sûrement, si, comme on doit le faire, on passe soigneusement entre l'os et le ligament. Il faut en outre, dans cette manœuvre, déployer une certaine force: aussi est-il utile, pour éviter les échappées dans la profondeur, de se servir d'un crochet de Farabeuf, qui, en même temps

qu'il récline fortement en haut l'arcade de Fallope, protège le péritoine.

que et transverse facilement accessibles en éversant l'arcade de Fallope pour voir directement la face postérieure de la paroi abdominale.

Le premier fil sera passé assez loin en dehors pour qu'une

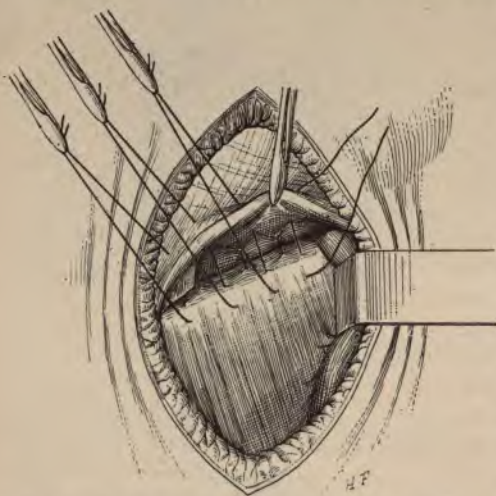


Fig. 45. — Cure radicale de la hernie crurale. — Suture de l'aponévrose du grand oblique à l'aponévrose pectinéale. (Plan superficiel.)

fois serré, il ne reste plus aucun vide entre lui et la veine fémorale quand celle-ci aura repris sa place, sans toutefois qu'elle se trouve comprimée. Ce point est le plus difficile à placer, parce que plus on s'éloigne en dehors, plus la crête pectinéale et le ligament de Cooper deviennent profonds.

On met ainsi toute une série de fils de dehors en dedans jusqu'à l'épine pubienne. Quand tous ces fils sont noués, il n'y a plus de trace du canal crural.

Reste alors à faire très facilement un plan antérieur en suturant par quelques points l'arcade de Fallope à l'aponévrose du pectiné.

Pour supprimer le vide résultant à la racine de la cuisse de l'extirpation du sac herniaire, il suffit de faire quelques points de suture transversaux embrassant tous les tissus qui entourent le canal crural, c'est-à-dire les lambeaux aponévrotiques qui flottent en dedans sur le moyen adducteur, en dehors sur la veine fémorale. Toutefois, on prendra grand soin de ne pas piquer cette veine qui descend en dehors au contact même du canal crural.

On ferme ensuite la peau par des points séparés.

CHAPITRE V

CURE RADICALE DE LA HERNIE
OMBILICALE

La cure radicale de la hernie ombilicale diffère de celle des hernies inguinales ou crurales surtout par ce fait qu'il n'y a ici rien à conserver et que le canal par lequel sort la hernie peut être entièrement refermé sans qu'il y ait, comme pour les autres, un espace à ménager pour le passage du cordon ou des vaisseaux fémoraux. Le sac une fois supprimé, il n'y a plus qu'à refermer la paroi comme s'il s'agissait d'une simple laparotomie.

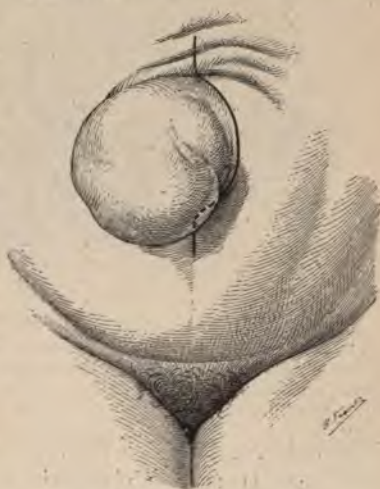


Fig. 46. — Hernie ombilicale.
Tracé de l'incision.

1. Incision de la paroi. —

L'incision de la paroi se fera en contournant à droite ou à gauche le pédicule de la hernie. Elle commence verticale et médiane sur la ligne blanche à 2 ou 5 centimètres au-dessus du pédicule de la hernie, descend jusqu'à ce pédicule, puis s'incurve en dehors (supposons du côté gauche), longe de ce côté l'insertion à l'abdomen du pédicule de la hernie, puis arrivée au-dessous de ce pédicule, elle redevient verticale et médiane sur 2 ou 5 centi-

mètres environ. L'incision est donc verticale à ses deux extrémités et courbe à concavité tournée à droite à sa partie moyenne.

Au-dessous de la peau ainsi sectionnée, on incise l'aponévrose : en haut et en bas, au-dessus et au-dessous de l'ombilic, on incise franchement la ligne blanche comme pour une simple laparotomie; sur la partie moyenne courbe de l'in-

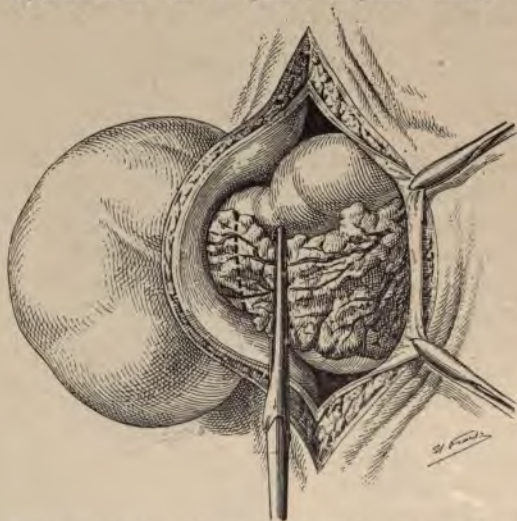


Fig. 47. — Hernie ombilicale. — La paroi abdominale est ouverte : on voit l'épiploon et l'intestin qui s'engagent dans le collet de la hernie. Pince mise en place pour permettre de sectionner l'épiploon suivant la ligne pointillée.

cision cutanée, l'incision de l'aponévrose, également courbe, passera sur la paroi abdominale et non sur la hernie, mais le plus en dedans possible, de façon à ne laisser en dedans d'elle que l'anneau de la hernie.

Au-dessous, l'incision du péritoine se fait de même sur la ligne médiane en haut et en bas, sur la paroi abdominale en dehors du pédicule du sac, mais très près de lui, à la partie moyenne. On repère le péritoine avec des pinces.

Lorsque l'incision a été faite en bonne place, on doit avoir ouvert l'abdomen un peu en dehors de l'anneau ombilical et du collet du sac qui restent à droite, enserrant le contenu de la hernie.

II. Réduction du contenu du sac. — Ce temps n'est pas commun à toutes les hernies : il ne saurait exister dans les hernies entièrement réductibles ; en revanche il est capital dans les grosses hernies, dans le sac desquelles on trouve de l'épiploon et de l'intestin adhérents.

1° Adhérences épiploïques. — Rien n'est plus pénible dans

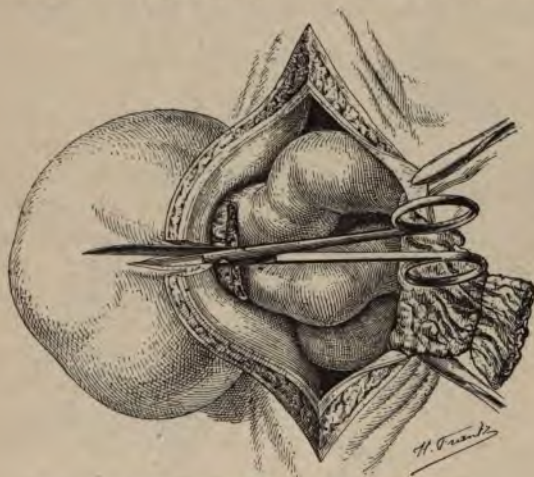


Fig. 48. — Hernie ombilicale. — Manière d'ouvrir le sac.

les hernies un peu volumineuses que de libérer le sac des adhérences épiploïques lorsqu'on a ouvert ce sac sur son sommet. Quand, au contraire, on incise la paroi comme nous l'avons indiqué, on évite ce temps long et laborieux. En effet, dans la cavité abdominale directement ouverte, on voit l'épiploon se diriger vers la hernie et y pénétrer au niveau de son collet : on place sur cet épiploon, à peu de distance du collet, deux clamps entre lesquels on le sectionne aux ciseaux. On n'a plus à s'occuper de l'extrémité de l'épiploon restée adhérente au sac : on l'enveloppe de compresses pour l'extirper plus tard avec le sac. Sur le moignon central, on pratique les ligatures voulues, puis on retire les clamps et on réduit le moignon dans l'abdomen.

2° Adhérences intestinales. — Lorsque, en plus de l'épi-

ploon, le sac possède des adhérences intestinales, après avoir comme précédemment sectionné, lié et réduit l'épiploon adhérent, il faut ouvrir le sac pour y libérer l'intestin. On ouvre le sac de dedans en dehors, en introduisant une branche des ciseaux dans le sac à travers le collet; on coupe du pédicule vers le sommet. Le sac ainsi largement ouvert, il est facile de rapidement libérer l'intestin en sectionnant aux ciseaux, s'il y a lieu, les adhérences qui ne se décollent pas. Lorsque l'intestin a été

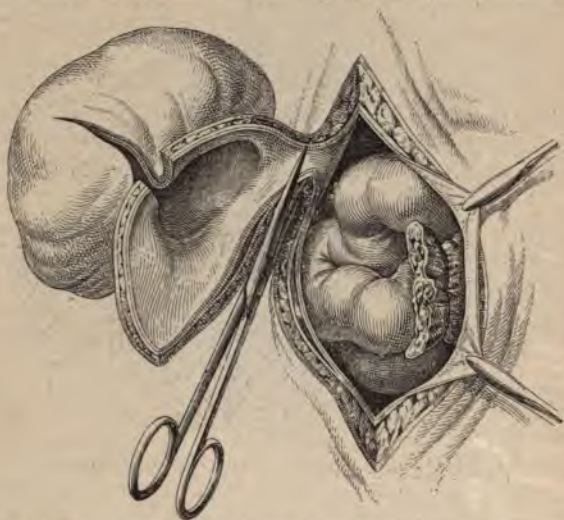


Fig. 49. — Hernie ombilicale. — Manière de réséquer le sac.

bien libéré, sa surface entièrement péritonisée et son hémostase achevée, on le réduit dans l'abdomen et on passe au temps suivant.

III. Résection du sac: — On ne s'occupe pas ici de disséquer le sac péritonéal pour le réséquer, mais on résèque en bloc le sac avec la peau et les autres plans qui peuvent le recouvrir. Saisissant le sac avec la main ou une pince de Museux, on le coupe un peu en dehors de sa base, soit d'un coup avec les ciseaux, soit plan par plan avec le bistouri.

Sur la peau tendue, on pratique du côté opposé à la première incision une incision courbe à concavité tournée en dedans, symé-

trique à celle-là. Au-dessous de la peau on incise l'aponévrose, puis le péritoine, et on enlève ainsi d'un seul tenant la peau distendue et le sac herniaire sous forme d'une véritable bourse.

IV. Réfection de la paroi. — Pour refaire la paroi, il suffit, comme dans les laparotomies, de suturer par étages les différents plans de cette paroi. Il est inutile de faire un avivement et de réséquer l'anneau ombilical : si on a ouvert l'abdomen et excisé le sac comme nous l'avons décrit, c'est déjà fait.

Mais pour donner plus d'épaisseur à la paroi et permettre ainsi un plus large affrontement des deux lèvres de l'incision, il est bon d'ouvrir la gaine des muscles droits de l'abdomen pour en suturer ensuite isolément les deux feuillets. Il est rare que, par suite de l'excision du sac, la gaine de ces muscles n'ait été ouverte au moins en quelque point : pour compléter cette incision, il suffit d'introduire une branche de ciseaux par cette ouverture et d'inciser d'une extrémité à l'autre de la plaie le long du bord interne du muscle, plutôt sur la face antérieure que sur la face postérieure.

La paroi se trouve alors composée des plans suivants que l'on suture tour à tour :



Fig. 50. — Hernie ombilicale. — Manière d'ouvrir aux ciseaux la gaine du grand droit. A droite la gaine est ouverte sur toute la longueur de la plaie.

1° Péritoine et feuillet postérieur de la gaine du grand droit. Ces deux feuillets sont généralement assez confondus l'un avec l'autre pour qu'il n'y ait pas lieu de les séparer, d'autant que le péritoine est ici très mince et qu'il serait difficile de le suturer isolément sans qu'il se déchire. Aussi, en pratique, suture-t-on ces deux feuillets ensemble en surjet ou à points séparés.

2° Muscle grand droit. En réalité on ne fait pas sur eux une véritable suture, mais par 3 ou 4 points séparés, on réunit leurs

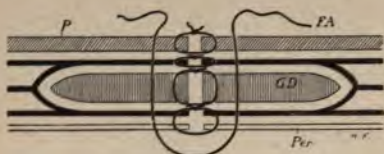


Fig. 51. — Hernie ombilicale. — Schéma de la suture de la paroi. *P*, peau. *G. D.*, grand droit avec les deux feuillets de sa gaine. *Per*, péritoine. *F. A.*, fil d'argent comme soutien.

bords internes l'un à l'autre pour les maintenir au contact sur la ligne médiane.

3° Feuillet antérieur de la gaine du grand droit. Suture en surjet ou à points séparés.

4° Peau. — Cette suture est parfaite quand

il s'agit de hernie petite, mais quand la hernie est volumineuse et qu'on doit faire une large perte de substance, les fils trop tendus risquent de déchirer les tissus, surtout le péritoine et le feuillet postérieur de la gaine du grand droit. Aussi convient-il, en pareil cas, de commencer par passer à 2 ou 3 centimètres des lèvres de la plaie 3 ou 4 fils d'argent de gros calibre embrassant toute l'épaisseur des parois abdominales, qu'on serrera pour faire un point d'appui solide et maintenir en contact les deux lèvres de l'incision pendant tout le temps nécessaire à leur consolidation.

Pour la même raison, il vaut mieux employer, pour faire la suture des divers plans, un fil non résorbable qui les maintiendra mieux qu'un catgut trop vite résorbé.

Dans les cas de hernies volumineuses à larges pertes de substance où le rapprochement transversal semble impossible, on a proposé de réunir la plaie transversalement en suturant l'un à l'autre le bord supérieur et le bord inférieur de la plaie.

En tous cas, pour se faciliter la besogne, il est indispensable que, pendant qu'on serre les fils, un aide plaçant ses deux mains sur la paroi abdominale de chaque côté, mais à distance de la plaie, en rapproche avec force les deux lèvres pour éviter que le fil casse ou coupe dans les efforts qu'on fait pour rapprocher les lèvres de la plaie.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT DES HERNIES ÉTRANGLÉES

Avant tout, le traitement des hernies étranglées consiste à lever l'obstacle qui étrangle l'intestin, c'est la kélotomie proprement dite; mais, aujourd'hui, on doit, lorsque les circonstances le permettent, à la kélotomie ajouter la cure radicale qui en est le complément et qui, pour l'avenir, met à l'abri du retour de l'étranglement.

La kélotomie doit être envisagée successivement pour les diverses sortes de hernie.

A. HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE

Le début de l'opération ne diffère en rien de celui d'une cure radicale ordinaire : il est inutile de faire descendre l'incision plus bas, car ce n'est pas à la partie inférieure, mais à la partie supérieure du sac que se trouve ordinairement l'obstacle et c'est là, par conséquent, qu'on aura à travailler.

I. Ouverture du sac. — On incise donc la peau, puis l'aponévrose en prenant garde de ne pas intéresser le sac qui bombe sous elle et on repère les deux lèvres de l'incision. Pour ouvrir le sac, on n'a de nombreux plans à traverser que si on veut l'ouvrir en dehors de l'anneau superficiel; dans le canal inguinal, on ne rencontre que la fibreuse commune et le crémaster, plus ou moins infiltrés. On incise par couches jusqu'à ce qu'on arrive sur une membrane résistante, continue, lâchement unie aux tissus voisins, de coloration grisâtre ou noirâtre et à vascularisation propre : c'est le sac dont l'aspect ici ne trompe guère.

Avec une pince à griffes on détermine sur sa partie la plus saillante un petit pli qu'on incise en tenant le bistouri ou les

ciseaux horizontalement, parallèlement à la surface du sac. On est averti qu'on est dans le sac parce qu'il sort un petit jet de sérosité ordinairement rougeâtre, parfois fétide et mêlée degaz.



Fig. 52.— Hernie étranglée, Manière d'ouvrir le sac.

On agrandit la boutonnière ainsi créée aux ciseaux et on repère les deux lèvres de l'incision.

Dans le cas de sac sec, où il n'y aurait pas de liquide, on reconnaît qu'on est bien dans le sac aux caractères suivants : la face interne du sac est lisse, rougeâtre ou noirâtre, quelquefois recouverte de fausses membranes.

On reconnaît dans son intérieur la présence de l'intestin et de son mésentère, plus foncé que le sac et de coloration

uniforme : à sa base, le sac est relié aux plans extérieurs par des tractus cellulieux, tandis qu'en dedans, tout au plus est-il relié à l'intestin par quelques tractus glutineux.

En général, lorsqu'il existe quelque doute, c'est qu'on n'est pas sur l'intestin, mais sur le sac lui-même. Si, par erreur, on incisait l'intestin, on s'en apercevrait aussitôt, car, si superficielle que soit l'incision, on aurait aussitôt un suintement sanguin important.

Avant d'ouvrir le sac, on a grand soin de protéger toutes les parties environnantes, car le liquide qui s'en écoulera est un liquide septique.

Aussitôt le sac ouvert, on le vide complètement de tout le liquide qu'il contient, puis on le lave soigneusement avec de l'eau stérilisée chaude pour nettoyer le sac et la paroi intestinale qu'il faut rentrer dans l'abdomen.

II. Débridement. — On met à nu le bord inférieur du petit oblique et du transverse et, avec des écarteurs, on le récline

fortement en haut : s'il n'y avait pas moyen de les écarter ainsi suffisamment, il n'y aurait pas à hésiter à les inciser.

Introduisant l'index de la main gauche autant que possible entre l'anse intestinale et le collet du sac, la pulpe contre le collet, l'ongle refoulant et protégeant l'intestin, à tout petits coups de ciseaux, on coupe sur le doigt tout ce qui s'oppose à ce que le doigt pénètre plus avant dans l'abdomen, on coupe toujours sous le contrôle des yeux ; en voyant bien ce que l'on coupe, c'est le seul moyen d'éviter des surprises désagréables.

Le débridement est suffisant quand le doigt peut pénétrer dans la grande cavité péritonéale. A ce moment, il s'écoule de l'abdomen un liquide citrin et, si on saisit l'intestin, on peut le tirer librement dans le trajet inguinal.

On conseille parfois de dilater par tractions sur l'anneau, avec le doigt ou une sonde cannelée : ce sont là manœuvres qui ne valent pas le débridement tel que nous venons de le décrire.

III. Examen et réduction de l'intestin. — C'est un acte extrêmement important. On attire dans la plaie l'anse intestinale, la portion serrée au collet et même une partie de l'intestin sus-jacent, que l'on devra examiner avec soin sur toute leur circonférence.



Fig. 53. — Hernie étranglée. — Manière de débrider.

Au niveau du point étranglé existe un sillon qui bientôt se transforme en une simple dépression plus ou moins profonde. A ce niveau, souvent la coloration de l'intestin, au lieu d'être noir violacé, comme une aubergine, est blanchâtre, mais, en attendant un instant, on voit la circulation revenir en même temps que le rétrécissement se dilate de plus en plus, l'intestin reprenant

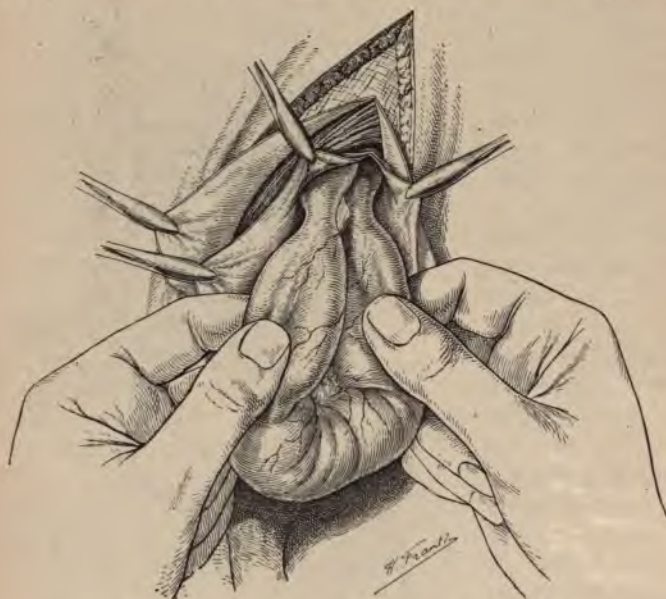


Fig. 54. — Hernie étranglée. — L'anse intestinale étranglée est attirée au dehors pour être examinée.

son calibre normal. En même temps, on voit le reste de l'anse perdre sa coloration uniformément noire, ses arborisations vasculaires apparaissent peu à peu et assez vite, surtout si on a soin d'irriguer l'anse avec de l'eau stérilisée chaude. Il s'agit d'intestin sain, on peut le réduire.

Il ne faut pas essayer de réduire en bloc, mais peu à peu : il ne faut pas essayer de réduire à la fois les deux bouts, mais les réduire l'un après l'autre. On doit commencer par réduire le bout supérieur qu'on trouve généralement en bas et en arrière du bout inférieur, puis peu à peu toute l'anse. Il est bon, pour

diminuer sa tension, de faire d'abord passer le contenu gazeux de l'anse dans l'intestin intra-abdominal. Une fois l'anse réduite, on introduit le doigt dans la cavité péritonéale et on explore le voisinage du sac.

Si dans la hernie, avec l'intestin, il y avait de l'épiploon étranglé, on l'attirerait à l'extérieur et on réséquerait toute la portion étranglée.

IV. Dissection du sac. — Cette dissection se fait ordinairement ici très facilement à cause de l'infiltration de tous les plans avoisinants. Mais le sac est parfois très friable, d'où la précaution de ne pas trop tirer sur lui sous peine de le rompre. Il faut disséquer le sac assez haut, car il faut faire porter la ligature au-dessus du collet, c'est-à-dire au-dessus du débridement, pour ne pas laisser persister d'infundibulum et éviter une hémorragie possible par la tranche du sac. Le reste de la cure radicale ne varie pas, mais, comme on opère au milieu de tissus d'asepsie douteuse, il est bon d'employer des fils résorbables pour ne pas avoir, en cas d'infection, de suppurations interminables, quitte à voir survenir ultérieurement une récurrence que l'on pourra traiter tout à loisir.

Traitement de l'intestin suspect.

Mais on ne rencontre pas toujours l'intestin en bon état dans les hernies étranglées.

Il est des cas où le doute n'est pas permis. Quand l'anse intestinale présente une coloration blanchâtre ou grisâtre, parfois feuille-morte, qu'elle conserve même après un assez long séjour à l'air et des irrigations répétées d'eau très chaude, quand elle se refroidit, devient flasque, au lieu d'être résistante et œdémateuse, il n'y a pas de doute, l'anse est gangrenée : pour mieux s'en assurer on pourra la piquer, pas une goutte de sang ne s'écoulera.

Mais il est à côté des cas douteux : quand l'intestin présente de petites ulcérations de la séreuse, quand à la surface externe on voit de petites bulles remplies de sang, il y a probablement des lésions muqueuses importantes au-dessous, préparant une perforation.

Enfin, on pourra trouver sur l'anse des perforations, des sections au niveau du mésentère.

Un intestin qui présente des doutes ne doit jamais être réduit.

On agira différemment suivant l'état de l'anse malade.

Lorsque la gangrène se borne à une plaque d'étendue peu considérable, on en pratiquera l'enfouissement : pour cela on rapproche les deux lèvres de l'intestin sain par-dessus la plaque et on les maintient ainsi en contact par un surjet séro-séreux

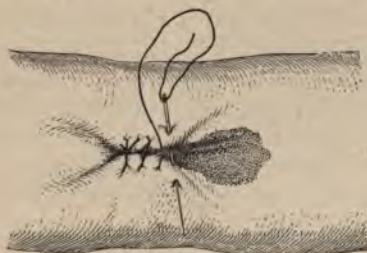


Fig. 35. — Enfouissement d'une plaque de sphacèle par une suture intestinale.

dépassant de chaque côté les limites de la plaque : celle-ci se trouve ainsi invaginée dans la lumière de l'intestin et y pourra librement tomber, des adhérences s'étant formées au-dessus d'elle.

Lorsque la gangrène est étendue, ou qu'elle est circulaire, l'enfouissement donnerait de mauvais résultats en exposant à un

rétrécissement intestinal et même immédiatement à de l'obstruction : il n'y a plus qu'à recourir à la résection de l'anse herniée, qu'on fera suivre d'une entérorraphie circulaire ou latérale, et comme presque toujours on opère sur des sujets très affaiblis, il est utile, pour gagner du temps, de recourir au bouton anastomotique de Murphy.

Quand le sujet est mourant, on se contentera d'exciser l'anse gangrenée et d'aboucher à la peau les deux surfaces de section.

B. HERNIE CRURALE ÉTRANGLÉE

Contrairement à ce qui se passe pour la hernie inguinale, l'étranglement est ici presque toujours dû à un agent extérieur au sac, à l'anneau crural. L'incision est celle de la cure radicale : on incise verticalement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané y compris ordinairement l'aponévrose superficielle indistincte, quand elle n'est pas traversée par la hernie. Avec le

doigt, on isole rapidement le sac des parties avoisinantes et, l'étendant sur un lit de compresses, on l'ouvre avec les mêmes précautions qu'en cas de hernie inguinale étranglée.

Le sac ouvert est nettoyé à fond et, avant de pratiquer le débridement, il faut avoir soin de saisir solidement avec les doigts l'intestin hernié, très souvent réduit au sommet d'une anse, ou même à une portion de la circonférence de l'intestin (pincement latéral). Sans cette précaution, aussitôt le débridement effectué, l'anse rentrerait spontanément dans l'abdomen et on pourrait alors avoir beaucoup de peine à la retrouver pour examiner son état. Or, cela est ici d'autant plus nécessaire que dans ces petites hernies apparaissent de très bonne heure, parfois déjà au bout de quelques heures, des plaques de sphacèle au niveau du sillon d'étranglement.

Pour débriider, on incise le ligament de Gimbernath comme pour une cure radicale : le sac en général se déploie aussitôt sans qu'il soit besoin de l'inciser, mais si l'étranglement persistait, il faudrait agrandir aux ciseaux autant qu'il serait nécessaire l'incision déjà faite au sac.

Par ce procédé il n'y a aucun danger de blesser les vaisseaux normaux ou anormaux qui peuvent entourer le collet de la hernie.

On attire l'intestin au dehors, on l'examine après réduction, on lie et on extirpe le sac.

On referme l'anneau et on termine comme pour une cure radicale.

C. HERNIE OMBILICALE ÉTRANGLÉE

La kélotomie de la hernie ombilicale se pratique en circonscrivant la hernie par deux incisions semblables à celle que nous avons décrite pour la cure radicale.

Par cette double incision, le sac est complètement isolé et ne tient plus que par le pédicule de la hernie formé par l'épiploon et l'intestin : on sectionne l'épiploon entre deux pinces avant qu'il n'entre dans le sac : il est alors facile de récliner fortement de côté sur un lit de compresses le sac et tous les viscères qui y sont contenus. On incise alors tranquillement le sac de

dedans en dehors et ayant ainsi levé l'étranglement, on nettoie et on examine l'intestin, puis on le rentre, s'il y a lieu.

Après quoi on termine par une cure radicale.

En somme, sauf la question d'examen et de traitement de l'intestin, la kélotomie ne diffère de la cure radicale des hernies adhérentes que par un seul point : on commence par exciser le sac en entier afin de pouvoir l'ouvrir à loisir en dehors de l'abdomen, loin de la plaie, tandis que dans la cure radicale, on ouvre le sac avant de l'exciser.

Comme il s'agit ici souvent de malades chez qui l'opération doit être menée rapidement, il y a avantage à faire la suture de la paroi en un plan au fil métallique.

DEUXIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION DE L'ESTOMAC

I. *Incision de la paroi.* — Le malade est dans le décubitus horizontal avec un coussin sous les épaules pour relâcher la paroi abdominale. On fait une incision verticale et médiane, allant de l'appendice xiphoïde à 1 ou 2 centimètres au-dessous de l'ombilic; le péritoine est incisé et repéré, les lèvres de la plaie garnies de compresses stérilisées.

II. *Exploration de la face antérieure de l'estomac.* — L'exploration de cette face tout entière est facile à la vue et au toucher quand aucune adhérence ne la relie à la paroi abdominale antérieure, sinon il faut détruire ces adhérences. Pour inspecter la région cardiaque et la grosse tubérosité, il faut relever le foie en haut, soit avec une valve, soit avec la main d'un aide et écarter le rebord costal gauche en haut et en dehors, tout en attirant l'estomac en bas et à droite dans la plaie.

Si l'incision ne donnait pas un jour suffisant, on y joindrait la résection du rebord costal gauche. Pour cela, mener une incision oblique en bas et en dehors, parallèle à ce rebord, commençant à l'extrémité supérieure de l'incision médiane, et se terminant au niveau de la 10^e côte sur la ligne axillaire antérieure et réséquer le rebord thoracique comme nous l'indiquerons plus loin. On a ainsi un jour énorme permettant d'explorer rapidement non seulement l'estomac, mais encore le diaphragme, la rate et le lobe gauche du foie et de manœuvrer dans le voisinage du cardia.

Pour le pylore, on relève le foie en haut et on écarte en dehors la paroi abdominale et le rebord costal droit.

III. *Exploration de la face postérieure de l'estomac.*

— Cette face n'étant pas directement explorable, il faut commencer par ouvrir l'arrière-cavité des épiploons dans laquelle elle fait tout entière saillie. Pour ouvrir sûrement cette arrière-cavité et plus particulièrement sa partie rétro-stomacale, il faut effondrer le ligament gastro-colique dans sa partie gauche.



Fig. 56. — Manière d'inciser le ligament gastro-colique pour ouvrir l'arrière-cavité des épiploons.

On soulève donc l'estomac pendant qu'on tire en bas le côlon transverse et le grand épiploon; on choisit un endroit où le ligament soit mince et transparent, on reconnaît l'artère gastro-épiploïque à 2 ou 3 centimètres de la grande courbure. Au-dessous de cette artère⁽¹⁾, on incise le ligament, puis on agrandit cette ouverture, en liant les deux bouts des vaisseaux épiploïques qui donnent, jusqu'à ce que l'arrière-cavité soit largement ouverte. Il faut inciser tout près de l'artère gastro-épiploïque

(1) Et non au-dessus pour éviter la section des nombreuses branches qu'elle donne à l'estomac.

pour tomber sûrement dans l'arrière-cavité et ne pas s'égarer dans le mésocôlon transverse.

Cette face postérieure est difficile à explorer à la vue. Il faut inciser transversalement presque tout l'épiploon gastro-colique du pylore à l'angle colique gauche pour avoir un jour suffisant sur la face postérieure de l'estomac. On suturera ensuite la brèche pour éviter toute hernie.

La palpation est plus facile : il suffit d'introduire une main dans l'arrière-cavité par la brèche du ligament gastro-colique et de palper soit avec cette main seule, soit entre les deux mains placées l'une en avant, l'autre en arrière. Ce qui est d'ailleurs le plus utile, c'est, non pas la palpation proprement dite de l'estomac, mais bien de savoir s'il existe des adhérences avec le pancréas et de se rendre compte si ces adhérences sont très denses ou faciles à détacher.

On peut encore aborder la face postérieure de l'estomac en effondrant le petit épiploon dans sa partie moyenne avasculaire ; mais l'abord par cette voie permet moins complètement et moins facilement l'exploration de l'estomac.

Pour explorer la face postérieure du cardia, on effondre le petit épiploon près de la petite courbure, en haut, au-dessus du coude de la coronaire ; on glisse l'index gauche sur le bord droit de l'estomac et de l'œsophage en passant exactement entre le coude de la coronaire en bas et l'artère diaphragmatique inférieure en haut. Le doigt passant en arrière du cardia, décolle le tissu cellulaire lâche et peut ainsi palper le cardia et la terminaison de l'œsophage.

IV. Fermeture. — L'exploration de l'estomac terminée, si l'opération doit en rester là, on referme par quelques points l'incision faite au ligament gastro-colique ; puis on ferme la paroi par une suture en 5 étages.

CHAPITRE II

GASTROTOMIE

Sous ce nom, on désigne l'incision pure et simple de l'estomac faite dans le but, soit d'en extraire un corps étranger, soit d'en explorer la face interne. (Voir Savariaud. *Th. de Paris*, 1898.)

I. Incision de la paroi. — Le malade étant dans le décubitus horizontal avec un coussin sous les épaules pour relâcher la paroi abdominale, on pratique une incision verticale et médiane allant de l'appendice xiphoïde à 1-2 cm. au-dessous de l'ombilic; s'il était nécessaire, on ferait tomber sur elle une incision horizontale coupant le muscle grand droit gauche. Le péritoine incisé et repéré et les lèvres de la plaie garnies de compresses stérilisées, on videra l'estomac de son contenu. Pour cela, ou bien on refoulera par des pressions manuelles ce contenu vers le duodénum et quand tout aura été évacué, une pince élastique placée près du pylore en empêchera le reflux dans l'estomac, ou bien avec un gros trocart on ponctionnera l'estomac et on en aspirera le contenu.

II. Incision de l'estomac. — On étend alors sur la plaie abdominale une large compresse stérilisée qu'on fend transversalement sur une longueur de 8-10 cm. et par cette fente on attire l'estomac à l'extérieur.

Alors on incise l'estomac horizontalement à égale distance ou à peu près des deux courbures pour éviter les plus gros vaisseaux. On fait d'abord un pli vertical à la paroi de l'estomac, qu'on incise aux ciseaux, puis on agrandit la boutonnière ainsi faite jusqu'à ce qu'on ait donné à l'incision les dimensions voulues.

Si la gastrotomie est faite pour corps étranger volumineux, il est facile de le faire saillir au point voulu sous la paroi stomacale. d'inciser celle-ci sur lui sur une faible étendue juste pour permettre de le saisir et de l'amener à l'extérieur. On suturera ensuite l'incision en deux étages.

Si la gastrotomie a pour but l'exploration de la face interne de l'estomac, pour y rechercher un ulcère, y lier un vaisseau qui saigne ou en cas de corps étrangers petits et multiples, on fera une longue incision stomacale. Prolongeant la boutonnière créée par le premier coup de ciseaux, on fera une incision commençant à 4 cm. environ du pylore et s'étendant à 10-12 cm. à gauche. On s'assurera que l'ouverture stomacale permet l'introduction de la main. On place rapidement quelques petites pinces de Kocher sur la tranche qui saigne.

Alors avec des pinces on fixe les lèvres de la plaie stomacale à la compresse fendue, assez loin de la fente pour que le contenu stomacal ne puisse tomber dans le péritoine.

III. Toilette de la muqueuse. — L'estomac ouvert, on vide par aspiration ce qui pourrait y rester de liquide, puis, avec des tampons montés, on déterge complètement la muqueuse, en évitant de contaminer les doigts et le champ opératoire.

IV. Exploration de la partie moyenne de l'estomac. — Ces précautions prises, le chirurgien aperçoit toute la face muqueuse

de la partie moyenne de l'estomac et peut l'explorer très facilement. Si la muqueuse est plissée et anfractueuse, il est nécessaire de la déplisser, ce qu'on effectuera très facilement en retournant l'estomac avec la main introduite dans l'arrière-cavité des épiploons.

Profitant de la brèche faite au ligament gastro-colique pour explorer la face postérieure de l'estomac, un aide passe la main, la paume en l'air à travers cette brèche sous la com-

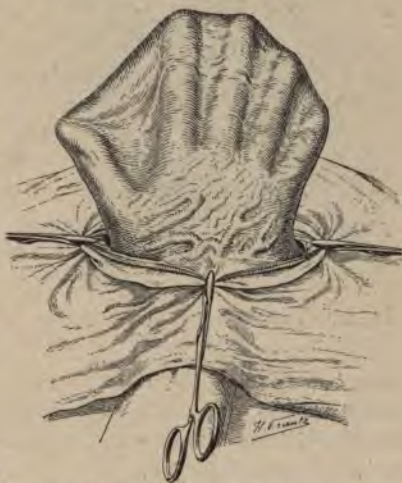


Fig. 55. — La main d'un aide est passée au-dessous du champ qui entoure l'ouverture de l'estomac et refoulant la paroi postérieure de l'estomac, la déplisse pour en faciliter l'examen.

presse fendue, la glisse sous la face postérieure de l'estomac et la coiffe de cette paroi qu'elle déplisse en la soulevant comme une tente dont la base répond à l'incision stomacale. Rien de plus facile alors que d'examiner toute la muqueuse avec le plus grand soin, tous les plis ayant disparu.

Ce procédé permet d'explorer tous les points mobiles de l'estomac, c'est-à-dire en somme tout l'estomac sauf le pylore, le cardia et le sommet de la grosse tubérosité.



Fig. 56. — Exploration du cardia et de la région cardiaque.

V. Exploration de la région cardiaque. — On soulève le lobe gauche du foie avec un très long écarteur peu large et plat, profondément introduit jusqu'au voisinage du cardia dans la cavité stomacale elle-même, un peu à gauche de la ligne médiane. En face de lui, on place une large valve qui tire la paroi stomacale en

bas et à gauche. En éclairant bien la région, on aperçoit le cardia comme un orifice regardant en bas et limité à gauche par un petit repli de la muqueuse. La valve large pourra servir à déplisser la muqueuse.

Quand on veut explorer simplement du doigt le cardia et l'œsophage abdominal, on pourra agir comme il suit :

Après laparotomie, on attire la paroi antérieure de la grosse tubérosité dans la plaie et on y fait une suture séro-musculaire en bourse, circonscrivant un petit cercle de paroi stomacale au centre duquel on fait une courte incision. L'index gauche, ganté d'un doigtier, est introduit dans l'estomac et la suture en bourse serrée sur le doigt pour éviter toute issue de contenu stomacal. Le reste de la main est introduit dans l'abdomen. On tire alors la petite courbure de l'estomac en bas et à droite ; le doigt se dirige perpendiculairement sur la petite courbure, et en la suivant sur 4-2 cent. vers en haut, entre nécessaire-

ment dans le cardia. L'exploration terminée, on serre complètement la suture en bourse et l'estomac est refermé (Sencert).

VI. Exploration du pylore et du duodénum. — On devra d'abord pratiquer la palpation extérieure de ces organes : dans les cas où elle ne donne rien, il est inutile de pratiquer le toucher interne qui ne donnera rien de plus et qui souillera le doigt.

On devra recourir au retournement du duodénum. Pour cela on introduit dans le duodénum une pince hémostatique ou une pince à mors élastiques : cette pince sera entrée de 2-3 cm., puis ouverte : de l'extérieur on introduira entre ses mors un pli de paroi et on la fermera. En tirant doucement sur elle de dedans l'estomac, on verra peu à peu le duodénum se retourner

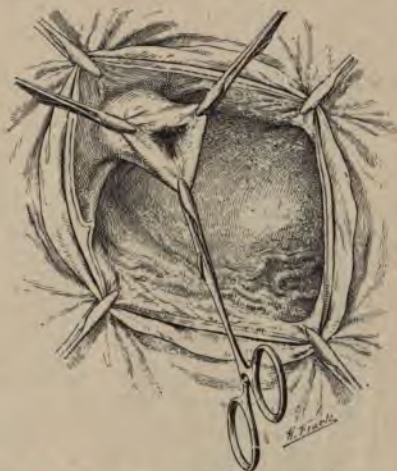


Fig. 57. — Retournement du duodénum pour en permettre l'exploration.

et apparaître dans l'estomac. On mettra ainsi 2 ou 3 pinces sur la circonférence du duodénum. En outre, pour explorer le reste de la première partie du duodénum, on se servira d'une longue pince, dont les mors écartés serviront de dilatateur et permettront de voir la face interne de l'intestin.

Pour faciliter le retournement du duodénum, on aura soin de mobiliser autant que possible l'angle sous-hépatique de cet intestin ; en outre de l'extérieur, on s'efforcera de l'invaginer pour favoriser la traction exercée par les pinces.

VII. Fermeture de l'estomac. — Toutes ces explorations terminées, on pratiquera la suture de la plaie faite à l'estomac par un double surjet, le premier total et perforant et le deuxième non perforant séro-séreux enfouissant le premier.

CHAPITRE III

GASTROSTOMIE

Il n'est peut-être pas d'opération pour laquelle on ait inventé un aussi grand nombre de procédés que pour la gastrostomie et cela dans le seul but d'éviter le reflux à l'extérieur du contenu stomacal.

Pour obtenir par tous ces procédés le maximum de chances d'avoir une bouche stomacale continente, il y a 5 conditions à remplir :

1° Fixer à la paroi une grande étendue de la tunique musculo-séreuse de l'estomac pour favoriser la formation de replis de la muqueuse, jouant le rôle de valvules.

2° Créer dans la paroi abdominale un canal aussi long que possible, circonscrit de fibres musculaires jouant un peu le rôle de sphincter et non un simple pertuis allant directement de la peau à l'estomac.

3° Faire à la muqueuse une ouverture aussi petite que possible.

Pour augmenter encore les chances de succès, il est bon :

1° De ne pas suturer la muqueuse à la peau : on obtient ainsi un canal rétractile, tendant à s'oblitérer spontanément ; c'est une garantie

Fig. 58. — Avec la sonde cannelée on divise le muscle grand droit en deux moitiés.

contre le reflux. Moyennant quelques précautions, il sera d'ailleurs facile de maintenir le canal perméable.

2° De constituer avec la paroi stomacale une valvule qui s'oppose au reflux.

Mais comme ordinairement les sujets chez lesquels on pratique la gastrostomie sont très épuisés, souvent mourants, il est nécessaire de simplifier autant que possible chez eux l'acte opératoire. C'est pourquoi nous décrirons ici le procédé suivant qui nous paraît présenter les conditions voulues.

I. Incision de la paroi abdominale. — Incision verticale à égale distance de la ligne médiane et du bord externe du



muscle grand droit de l'abdomen, commençant en haut au niveau du rebord costal et se terminant en bas un peu au-dessus d'une horizontale passant par l'ombilic.

Après incision de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, on arrive sur le feuillet antérieur de la gaine du droit, brillant et naéré et à fibres obliques en haut et en dehors : on le fend

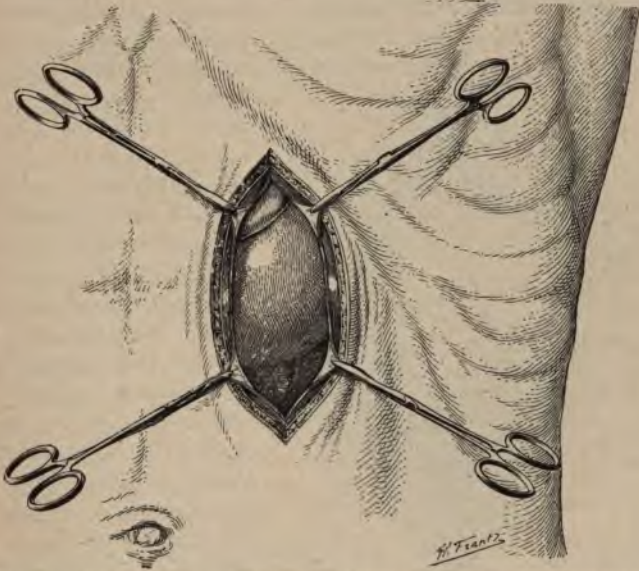


Fig. 39. — Gastrostomie. — L'incision de la paroi est achevée, on aperçoit l'estomac et le bord antérieur du foie.

verticalement dans toute la longueur de la plaie et on aperçoit à nu le muscle et ses intersections aponévrotiques.

A la sonde cannelée, on dissocie le muscle verticalement dans le sens de ses fibres, de façon à en avoir deux moitiés égales : il est ordinairement nécessaire d'inciser au bistouri les intersections aponévrotiques.

On voit alors le feuillet postérieur de la gaine doublé du péritoine qui lui adhère plus ou moins et rampant sur ce feuillet en arrière des fibres musculaires des vaisseaux et des nerfs, branches terminales des vaisseaux et nerfs intercostaux ;

tout à fait en haut et en dehors on rencontre les fibres supérieures du transverse.

Faisant un pli transversal au feuillet postérieur de la gaine, on l'incise au bistouri, puis on agrandit l'incision en haut et en bas avec les ciseaux et on repère le péritoine avec quelques pinces hémostatiques.

II. Recherche de l'estomac. — Après avoir placé deux écarteurs, on cherche tout d'abord à apercevoir dans l'abdomen l'estomac en faisant soulever la lèvre gauche de l'incision

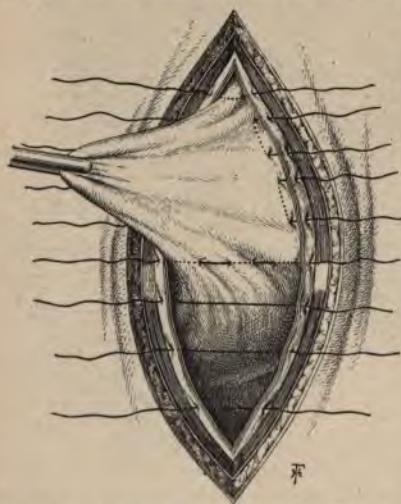


Fig. 60. — Le cône stomacal a été tiré au dehors. Six points en U, dont quatre seulement visibles sur la figure, le fixent au péritoine pariétal. Trois autres points sont destinés à fermer au dessous le reste de l'incision péritonéale.

et on l'attire dans la plaie. Il faut toujours s'assurer avant de commencer les sutures qu'on a bien à faire à l'estomac et non au côlon transverse qui parfois tend à venir faire hernie par la plaie. Trois caractères permettent de distinguer le côlon de l'estomac : il est bosselé ; il présente des bandes musculaires longitudinales ; enfin il est pourvu de petits appendices épiploïques, qu'il ne faut pas confondre avec le grand épiploon.

Il y a un moyen sûr de ne jamais manquer l'estomac : on cherche

la face inférieure du foie, on la suit avec le doigt jusqu'au hile, jusqu'à ce que le doigt soit arrêté par le petit épiploon : descendant alors le long de la face antérieure de cet épiploon, on saisit le premier viscère que l'on rencontre, qui ne peut être que l'estomac.

Quand on est sûr de tenir l'estomac, on le saisit avec une pince à mors élastiques et on l'attire au dehors sous la forme d'un cône. Parfois l'estomac ne se laisse pas facilement attirer,

surtout si on tire directement le cône en avant : pour amener l'estomac facilement, il faut tirer sur lui comme si on voulait le dévider du pylore vers le cardia. Pour placer la bouche le plus près possible du cardia, on saisira l'estomac le plus haut et le plus près possible de la petite courbure, de façon à permettre cependant d'attirer au dehors un cône stomacal suffisant c'est-à-dire dépassant la peau de 4 ou 5 centimètres. L'estomac ayant toujours tendance au cours de l'opération à rentrer dans l'abdomen, il faut, jusqu'à ce qu'il soit fixé, qu'on maintienne le cône tiré en dehors.

III. *Fixation de l'estomac à la paroi.*

— On commence par fixer la musculo-séreuse stomacale au feuillet postérieur de la gaine du droit dans l'angle supérieur de la plaie par une première série de 4 ou 6 points séparés en U non perforants et disposés 2 en haut et en bas et 1 ou 2 de chaque côté. On ferme ensuite le reste de l'ouverture du feuillet postérieur par un surjet ou des points séparés, au-dessus et au-dessous du cône stomacal.

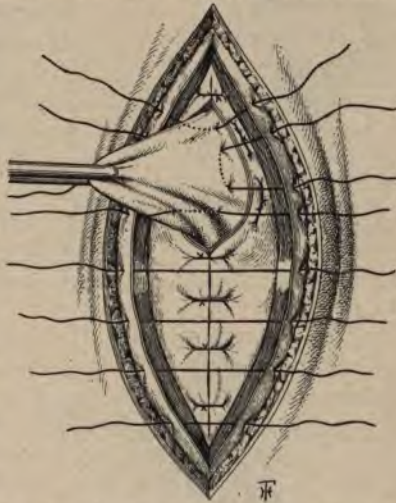


Fig. 61. — Les fils placés sur la figure 48 ont été noués. — Par quatre nouveaux points en U on fixe le cône stomacal au feuillet antérieur de la gaine du droit. Quatre autres fils vont fermer cette gaine au-dessous de ce point.

Puis on laisse les fibres musculaires reprendre leur position normale et on fixe l'estomac au feuillet antérieur de la gaine des droits par 4 ou 6 points en U non perforants et on ferme ensuite comme d'habitude le reste de l'incision de ce feuillet.

IV. Ouverture de l'estomac. — Au sommet même du cône stomacal, on incise la séro-muscleuse de l'estomac, puis, saisissant la muqueuse qui fait hernie, on l'incise à son tour

sur une très faible étendue permettant juste de passer une sonde de Nélaton n° 16 ou 18.



Fig. 62. — Les fils de la fig. 61 sont noués. Incision de l'estomac, introduction et fixation de la sonde.

La sonde introduite dans l'estomac, on saisit avec une pince de Kocher un des bords de la plaie, et, la refoulant dans la profondeur, on invagine ainsi le cône saillant sur lui-même en le transformant en un cône creux tapissé de séreuse.

On retire alors la pince, on ferme l'incision cutanée au crin jusqu'au point où devra être établie la bouche. Là on fixe celle-ci par quatre points à la peau : les deux points supérieur et inférieur traverseront les deux bords du cône creux qu'ils adossent ainsi au-dessus et au-dessous

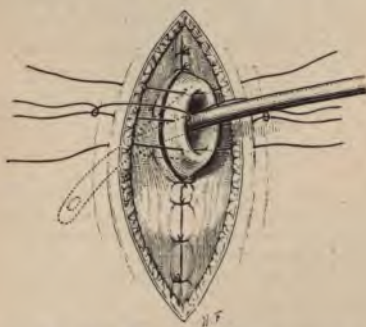


Fig. 63. — La sonde a été invaginée entraînant avec elle le sommet du cône stomacal. Fixation de la base du cône invaginé à la peau.



Fig. 64. — Gastrostomie. Opération terminée.

de la sonde : latéralement au contraire, on ne fixe à la peau que le bord correspondant de ce cône.

On fixe également la sonde par un point. On la laissera en place une semaine, après quoi on pourra ne la remettre qu'au moment des repas.

CHAPITRE IV

GASTRO-ENTÉROSTOMIE

La gastro-entérostomie est une opération qui consiste à créer un orifice anormal faisant communiquer directement l'estomac et le jéjunum. Suivant que la bouche stomacale est placée sur la face antérieure ou postérieure de l'estomac, l'anastomose est dite antérieure ou postérieure.

Chacune de ces deux opérations a ses indications : quand, par exemple, un cancer occupe une des faces de l'estomac, il faut bien placer la bouche sur l'autre face. La gastro-entérostomie antérieure se pratique en faisant passer l'anse jéjunale en avant du côlon transverse, elle est antécologique, ce qui expose à l'étranglement du côlon transverse par la boutonnière qui en résulte. Aussi, quand il n'y a pas de contre-indications, tend-on aujourd'hui à toujours recourir à la gastro-entérostomie postérieure. Nous décrivons le procédé de Von Hacker : G. postérieure transmésocolique.

Le malade est couché sur le dos, un fort coussin soulevant la région lombaire ; grâce à cette position, le liquide qui séjourne toujours dans l'estomac, qu'on ait fait ou non des lavages avant l'opération, et qui parfois est très abondant, reflue vers le cardia et présente peu de tendance à venir s'écouler à l'extérieur par l'ouverture que l'on pratiquera à l'estomac.

L'opérateur se place à droite du malade.

I. *Incision de la paroi.* — Laparotomie médiane allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Le péritoine incisé est repéré avec des pinces hémostatiques et les lèvres de la plaie protégées avec des compresses.

On explore avec soin l'estomac pour se rendre compte du plus ou moins d'étendue des lésions, de l'état de la face postérieure de l'estomac : on détruira les adhérences qui pourraient exister entre l'estomac, le côlon transverse et l'épiploon.

II. *Perforation du mésocôlon transverse.* — Le côlon transverse étant reconnu est attiré avec l'épiploon, relevé vers la partie supérieure de la plaie et placé sur des compresses stérilisées.

On examine alors le mésocôlon et on y recherche la longue

arcade artérielle formée par l'anastomose de l'artère colique gauche supérieure avec la colique droite supérieure : il est capital de ne pas blesser cette arcade, ce qui risquerait d'amener de la gangrène du côlon.

Dans les cas où le mésocôlon transverse est très large et transparent, rien n'est plus facile que de trouver un endroit avasculaire assez étendu où on pourra perforer le mésocôlon ; cela est plus difficile avec les mésocôlons graisseux ou rétrac-

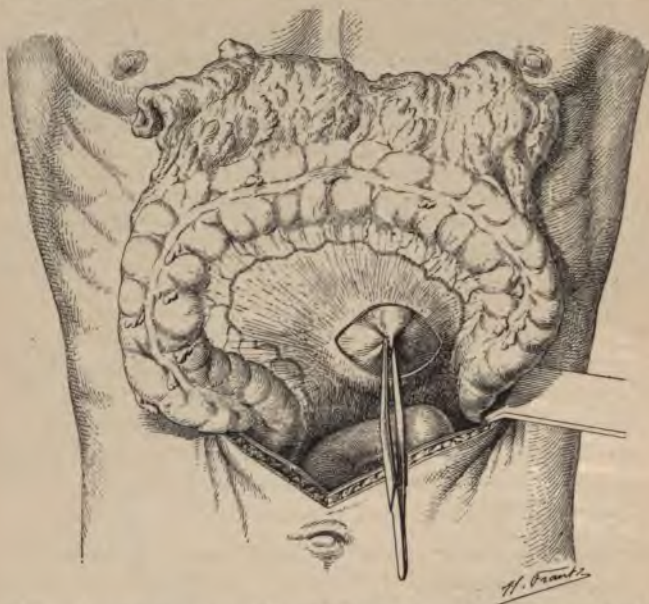


Fig. 65. — Le côlon transverse et le grand épiploon ayant été relevés, une perforation est pratiquée dans le mésocôlon par laquelle on attire un cône de la paroi postérieure de l'estomac.

tés : il peut même en pareil cas ne plus y avoir assez de place entre la paroi abdominale postérieure et l'anse artérielle pour qu'on fasse l'anastomose rétrocolique : on peut être obligé de passer en avant du côlon, mais c'est là un cas absolument exceptionnel.

Ayant reconnu l'arcade artérielle qui longe le bord adhérent du côlon, on effondre ou on incise le méso à quelque distance des vaisseaux et parallèlement à eux. Cette incision sera faite

assez près du rachis et un peu à gauche, car on est plus sûr en ce point d'entrer directement dans l'arrière-cavité des épiploons; plus à droite la cavité n'existe plus : on peut trouver les feuillets du méso adhérents à la paroi gastrique.

III. Mise au contact de l'estomac et de l'intestin. —
L'arrière-cavité ouverte, on trouve immédiatement la paroi

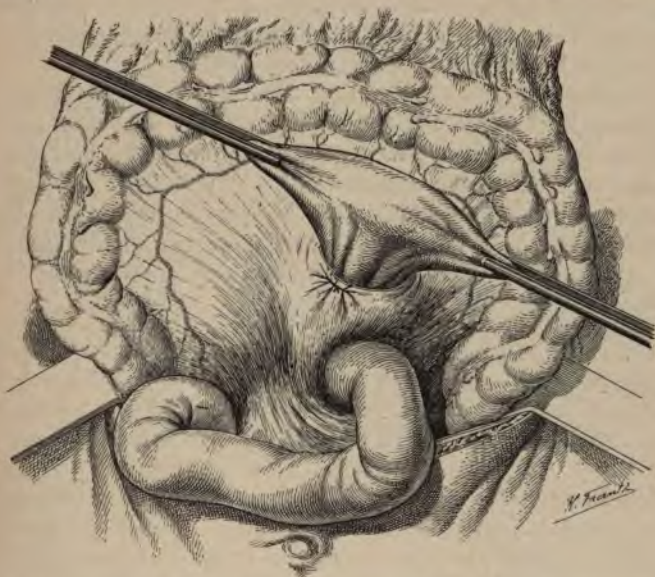


Fig. 66. — Le cône stomacal attiré dans la plaie a été fixé à la brèche mésocolique par un point de suture; il est tendu par deux pinces à mors élastiques qui lui donnent l'orientation voulue et le tendant vont en faciliter la suture. En bas on voit la première anse du jéjunum, attirée dans la plaie, semblant sortir du mésocolon transverse au niveau de l'angle duodéno-jéjunal.

postérieure de l'estomac : on l'attire à travers l'ouverture faite au mésocolon de façon à en voir toute la hauteur : à moins d'adhérences fixant la petite courbure, on finit généralement en tirant doucement et longuement, par apercevoir des petits vaisseaux descendant verticalement sur la face postérieure, qui indiquent le voisinage de la petite courbure. Pour éviter que le cône d'estomac ainsi attiré ne rentre dans l'arrière-cavité, on fait en arrière un point de suture séro-séreux réunissant sa

base, c'est-à-dire la petite courbure aux lèvres de l'ouverture mésocolique : en avant et sur les côtés on peut le fixer provisoirement par quelques petites pinces de Kocher.

On cherche alors l'anse jéjunale à anastomoser. Pour cela, réclinant en bas et à droite tout le paquet de l'intestin grêle, on trouve facilement un peu à gauche de la colonne vertébrale l'angle duodéno-jéjunal; on saisit l'intestin grêle qui lui fait suite et on fait l'anastomose aussi près que possible de cet angle en laissant juste assez d'intestin flottant pour éviter tout tiraillement de la bouche par une anse trop courte.

On garnit alors tout le pourtour des viscères de compresses les isolant, et particulièrement on passe une mèche de gaze stérilisée, humide pour mieux glisser, en arrière de l'estomac et de l'intestin. On approche alors l'anse intestinale de l'estomac et on l'applique de telle sorte que son extrémité duodénale soit à gauche, et son extrémité cæcale à droite : ainsi les mouvements péristaltiques de l'intestin se continueront dans le même sens que ceux de l'estomac.

IV. Suture gastro-entérique. Suture séro-séreuse postérieure. — Les parois stomacales et intestinales sont accolées l'une à l'autre, et maintenues telles par deux pinces à mors élastiques placées aux deux extrémités de la future ligne de suture. On donne en général à cette ligne de suture une obliquité manifeste en bas et à droite, parallèle par conséquent à la grande courbure de l'estomac; mais il convient de se rappeler que, quand le côlon transverse et son mésocôlon seront rabattus en bas, l'obliquité sera modifiée et deviendra inverse de la précédente : il vaut donc mieux lui donner une direction très oblique en bas et à gauche presque verticale, qui, le mésocôlon replié en bas, deviendra, comme il convient, oblique en bas et à droite, la branche afférente de l'intestin se coudant légèrement près de l'estomac, la branche afférente au contraire se continuant nettement avec l'estomac.

On commence donc la suture. Il faut que la première ligne de suture (suture séro-séreuse postérieure) passe sur l'estomac, sur la face postérieure du cône et près de sa base, sur l'intestin, sur la face postérieure de l'anse juxtaposée à l'estomac (qui était la face antérieure lorsque l'anse était libre), à mi-chemin entre le bord libre et le bord mésentérique; si on la plaçait

trop près du bord libre, on n'aurait plus la place de pratiquer l'ouverture et de faire un surjet séro-séreux antérieur.

On commence le surjet à l'extrémité gauche, c'est-à-dire près de la petite courbure et on va de gauche à droite en arrêtant le fil tous les 5 ou 4 points. On fait ainsi un surjet séro-séreux, long de 8 centimètres environ. A l'extrémité droite de la suture, près de la grande courbure, au lieu de continuer à coudre en

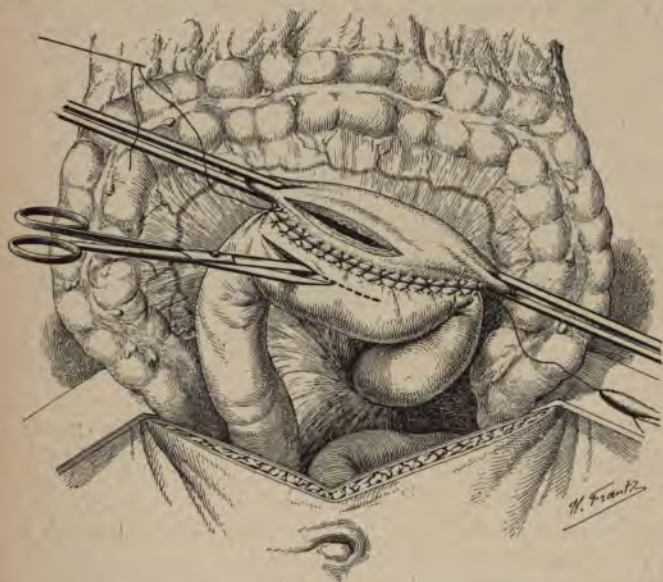


Fig. 67. — L'estomac et l'intestin ont été accolés et maintenus au contact par un premier surjet séro-séreux postérieur. — L'incision de l'estomac a été faite ; on est en train de pratiquer l'incision de l'intestin.

ligne droite, on ramène le surjet d'arrière en avant, de façon qu'avant de passer au temps suivant, le surjet décrive une courbe à concavité antérieure. Après avoir ainsi fait quelques points d'arrière en avant, on arrête le fil et on en enfouit l'extrémité libre ou enfilée d'une aiguille suivant le cas, sous une compresse. De même au niveau de l'extrémité gauche du surjet, le fil qui aura été conservé long, repéré par une pince, sera enveloppé d'une compresse.

V. Ouverture et suture des muqueuses. — On commencera par ouvrir l'intestin parce qu'il est toujours vide. L'ouverture de l'intestin comme celle de l'estomac se fera à peu de distance (4-5 millim.) de la ligne de suture postérieure. Pour faire cette incision, on saisit avec une pince la paroi intestinale en un pli qu'on sectionne à sa base avec de petits ciseaux. Par la brèche ainsi pratiquée, on introduit une lame de ciseaux et on agrandit l'ouverture autant qu'il est nécessaire.



Fig. 68. — Surjet total réunissant toute la tranche de l'estomac à toute la tranche de l'intestin. Le chef initial de ce surjet que l'on doit conserver long a été ici coupé par erreur.

Avec de petits tampons on essuie la muqueuse très lâche et faisant hernie avec ses valvules conniventes et une mèche de gaze stérilisée tamponne provisoirement l'ouverture de l'intestin.

Cette ouverture aura 5 centimètres environ et commencera à 5 millimètres de l'extrémité droite de la suture postérieure, c'est-à-dire de la grande courbure: elle se terminera au contraire bien avant d'atteindre la petite courbure.

Pour ouvrir l'estomac on agit de même: la paroi sera sectionnée soit d'un seul coup, soit musculuse d'abord, puis muqueuse, puis l'ouverture agrandie aux ciseaux, de façon à lui donner juste des dimensions égales à celle de l'ouverture intestinale. Avec un tampon monté, on essuie le mucus qui s'écoule. L'incision saigne assez fortement, on mettra provisoirement quelques fines pinces de Kocher sur les vaisseaux qui donnent.

On peut ouvrir l'estomac sans faire de coprostase : s'il contient encore un peu de liquide, on le fait soulever par deux pinces mises à chaque extrémité de l'incision gastrique ; ce n'est que dans les cas où il est distendu par du liquide qu'il faut éviter que le champ opératoire ne soit inondé : pour cela, au-dessus du mésocôlon transverse, en faisant deux boutonnières dans le ligament gastro-colique, on prend l'estomac entre deux pinces courbes se rejoignant à leur extrémité, qui séparent ainsi du reste de l'estomac le cône gastrique sur lequel va porter la suture.

Avant de commencer la suture, il est bon de mettre une pince à chaque extrémité de l'incision pour accoler les deux lèvres contiguës de l'estomac et de l'intestin et les tendre pendant la suture.

On fait alors la suture des deux muqueuses avec un surjet total prenant toute l'épaisseur, d'une muqueuse à l'autre, des lèvres postérieures accolées de l'intestin et de l'estomac et interrompu tous les trois ou quatre points.

On commence alors la suture des deux muqueuses l'une à l'autre. Le surjet débute à gauche en transfixant d'une muqueuse vers l'autre muqueuse : on l'interrompt tous les 3 ou 4 points ; après avoir réuni les 2 lèvres postérieures, il se continue ensuite sur les 2 lèvres antérieures, mais ici l'aiguille perfore d'une séreuse vers l'autre. Arrivé au point de départ, on noue le fil au chef initial qu'on a conservé assez long. Il résulte que dans la moitié postérieure la réunion est parfaite : les deux séreuses de l'estomac et de l'intestin sont en contact l'une avec l'autre ; dans la moitié antérieure, le contact n'est pas si parfait et entre les points de suture, on voit des parties de muqueuse faire saillie. On peut les réséquer si elles sont trop exubérantes ou essayer de les enfoncer dans l'intestin avec la pointe d'un stylet. Le plus simple est d'ailleurs de ne pas s'en occuper.

VI. *Suture séro-séreuse antérieure.* — Lorsque la suture de l'ouverture gastrique et intestinale est effectuée, on voit que son extrémité droite est très rapprochée de l'extrémité droite du surjet séro-séreux postérieur, tandis que l'extrémité gauche reste notablement distante (2 à 3 centim.) de l'extrémité gauche de ce même surjet. La fixation de l'intestin à l'estomac



Fig. 69. — Surjet séro-séreux antérieur. — On voit ici le surjet postérieur qui déborde à gauche le surjet total et le surjet antérieur que l'aiguille exécute de droite à gauche.

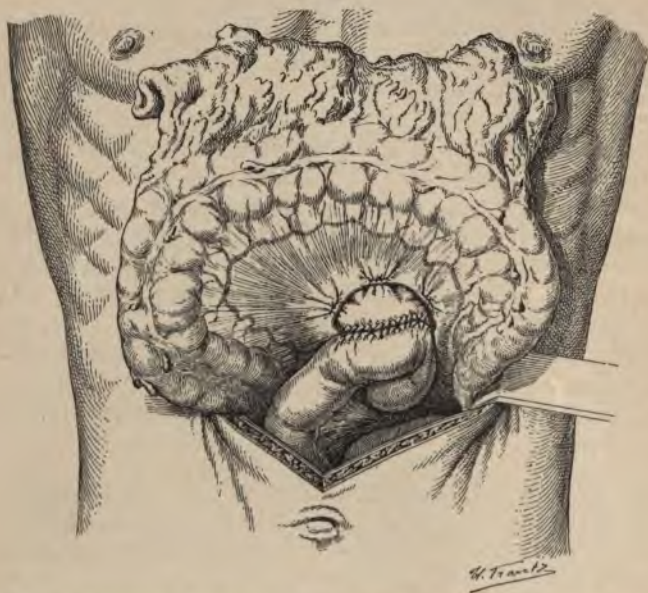


Fig. 70. — L'anastomose est terminée; la base du cône stomacal est suturée par quatre points à la brèche du mésocôlon. — En réalité les choses n'ont la disposition ici représentée que lorsque le côlon et l'épiploon ont été rabattus en bas.

est beaucoup plus étendue que la communication entre eux : c'est un point important qui permet d'éviter plus sûrement le *circulus vitiosus*.

Il n'y a plus alors qu'à reprendre un des chefs du surjet postérieur, à faire le surjet sêro-sêreux antérieur de gauche à droite ou de droite à gauche, suivant le chef choisi et à terminer en nouant le chef de la suture avec le chef du côté opposé, puis à les couper tous les deux.

L'anastomose est terminée. On enlève alors la mèche ou la compresse que l'on a passée en arrière de l'anastomose. On fixe l'estomac aux bords de l'ouverture mésocolique par quelques points de suture mis aux points cardinaux. C'est une précaution indispensable sans laquelle on risque de voir une anse intestinale venir s'étrangler dans l'ouverture mésocolique ou plus tard de voir l'ouverture en se resserrant étrangler l'estomac.

On rabat le côlon transverse; on s'assure que l'anastomose est en bonne position, que la branche efférente de l'intestin ne présente pas de coude brusque qui empêcherait la circulation des aliments et qu'au contraire la branche afférente forme un coude qui s'oppose au passage des aliments vers le duodénum. On supprime les pinces qui faisaient la coprostase, s'il y en avait.

VII. Fermeture de la paroi abdominale. — On suture la paroi abdominale en trois plans, sans drainage le plus souvent.

Lorsqu'on pratique la gastro-entérostomie pour estomac biloculaire ou en sablier, il faut avoir grand soin de faire l'anastomose sur la poche supérieure ou cardiaque et non sur l'inférieure. En réalité, il est souvent utile de la faire à la fois et sur la poche cardiaque et sur la poche pylorique.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE EN Y

Les deux premiers temps de l'intervention sont absolument identiques à ceux de la gastro-entérostomie transmésocolique postérieure.

A 15 ou 30 cent. de l'angle duodénojéjunal, le jéjunum est

saisi entre deux pinces de Kocher et sectionné transversalement; l'incision est prolongée à travers le mésentère jusqu'à la deuxième arcade artérielle. La première arcade juxta-intestinale est ainsi sectionnée et liée au passage.

Le bout supérieur du jéjunum est alors coiffé d'une compresse de gaze et mis de côté sur la gauche. Le bout inférieur est approché de l'estomac hernié par la fente mésocolique et ana-

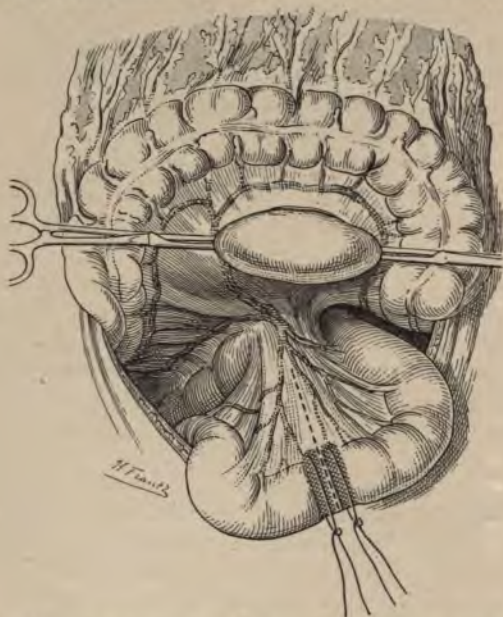


Fig. 71. — Gastro-entérostomie en Y. Section de l'intestin et du mésentère.

stomosé avec lui par un double surjet séro-séreux et total. (Voir plus loin *Gastrectomie. Anastomose termino-latérale*). Puis le méso-colon est fixé au cône stomacal par quatre points au catgut.

On reprend alors le bout supérieur et on l'implante directement dans le bout inférieur à 10-15 cent. au-dessous de l'anastomose gastrique. On fait cette implantation sur la face opposée au mésentère et assez étroite pour simuler plutôt une grosse ampoule de Vater qu'un abouchement ordinaire. On termine en fixant les bords de l'incision mésentérique par quelques points pour éviter tout étranglement interne.

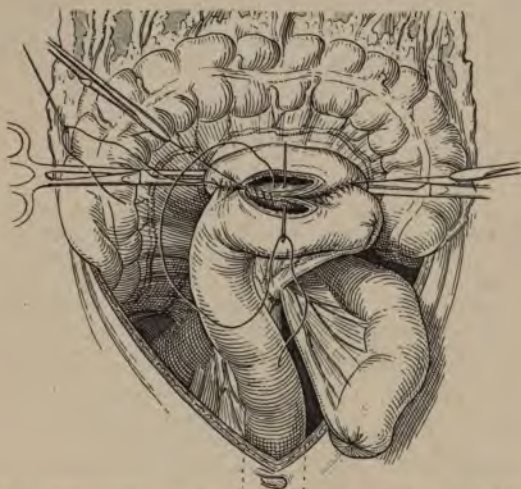


Fig. 72. — Gastro-entérostomie en Y. Suture du bout inférieur à l'estomac.



Fig. 73. — Gastro-entérostomie en Y. Implantation du bout supérieur sur le bout inférieur.

CHAPITRE V

GASTRECTOMIE

La gastrectomie est l'opération qui consiste à enlever un segment plus ou moins considérable de l'estomac. Comme le plus souvent on fait cette opération pour des lésions du pylore, on l'appelle souvent pylorectomie.

I. *Incision de la paroi abdominale.* — Incision verticale et médiane allant de l'appendice xiphoïde à l'ombilic. Il est nécessaire d'avoir beaucoup de jour; aussi l'incision devra-t-elle être longue : au besoin on branchera sur elle une incision horizontale. Le péritoine est ouvert et repéré.

II. *Exploration de l'estomac.* — Avant de commencer la gastrectomie, il est indispensable de s'assurer de l'état de l'estomac, de voir quelle est l'étendue du néoplasme, de l'envahissement ganglionnaire et s'il existe des adhérences avec les organes voisins : côlon et mésocôlon transverse en bas, pancréas en arrière.

Pour cela, il faut, comme nous l'avons dit, inciser le ligament gastro-colique pour pénétrer dans l'arrière-cavité des épiploons. Il est bon aussi, d'effondrer le petit épiploon dans un point avasculaire, comme nous l'indiquerons plus loin et d'explorer le pylore avec deux doigts ou plus passés par ces deux ouvertures.

L'opération, ayant été jugée praticable, se fera comme nous allons dire.

Le malade sera mis en position légèrement inclinée avec un coussin résistant ou un billot sous les reins.

III. *Ligature de l'artère coronaire stomachique.* — Après avoir inspecté le petit épiploon, on choisit vers son centre un point avasculaire et on l'effondre; l'ouverture est agrandie et donne un jour considérable. Un écarteur est mis sur la petite courbure de l'estomac qu'il tire en bas et en dehors de façon à tendre et faire saillir dans l'arrière-cavité des épiploons le repli ou faux de l'artère coronaire stomachique.

On explore ce repli pour s'assurer qu'il n'y existe pas de ganglions indurés au delà du point où va porter la ligature et que l'artère ne donne pas une trop grosse branche au lobe gauche du foie, puis avec une aiguille de Deschamps on passe

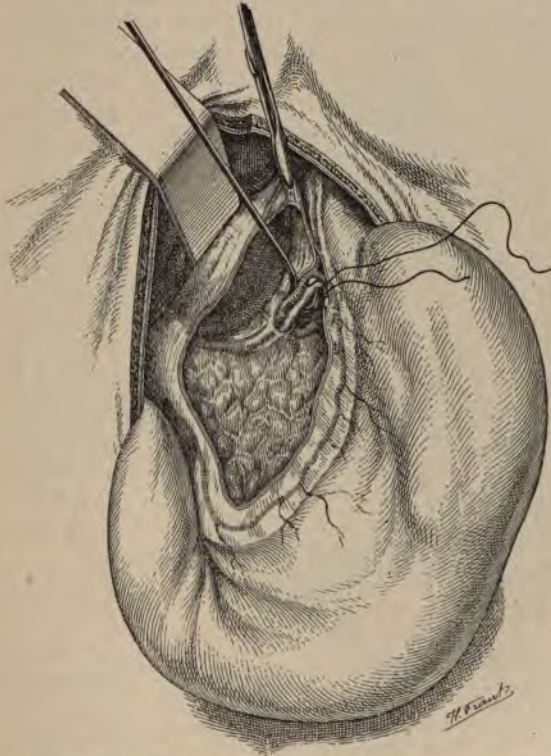


Fig. 74. — Ligature de l'artère coronaire stomacique à travers une brèche du petit épiploon; on voit le ligament ou faux de cette artère et les vaisseaux qu'il contient chargés sur l'aiguille.

dans le ligament deux fils en ayant soin de prendre l'artère, on les noue et on coupe entre les deux.

On poursuit alors jusqu'à l'estomac l'isolement de l'artère et des ganglions du mésentère.

IV. Section de l'estomac. — Les deux bords de l'estomac sont maintenant libres, les deux épiploons effondrés. Prenant

quatre pinces courbes à mors élastiques, on les place sur l'estomac de la façon suivante. Au ras du point où on veut couper l'estomac, c'est-à-dire bien au delà des limites apparentes de la tumeur, on place deux pinces courbes de telle sorte que leur concavité soit tournée vers la tumeur et que leurs extrémités chevauchent légèrement l'une sur l'autre; l'une embrasse la petite courbure, l'autre la grande courbure. A 2 ou 3 centi-

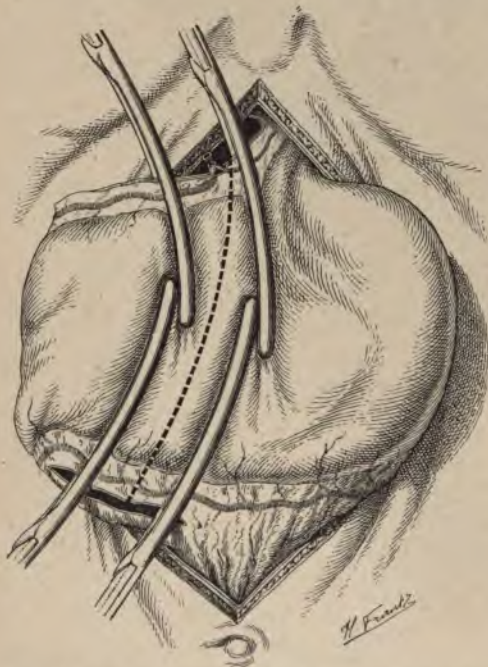


Fig. 75. — Quatre pinces à mors élastiques sont placées sur l'estomac. — La section passera au milieu d'elles (ligne pointillée).

mètres plus à gauche on place d'une façon identique les deux autres pinces, puis aux ciseaux, on sectionne l'estomac juste au ras des pinces de droite : la portion pylorique de l'estomac est enterrée dans des compresses et provisoirement abandonnée.

En général les pinces nedoivent pas être placées perpendiculairement à l'axe de l'estomac, mais obliquement. Le cancer, s'étendant toujours

beaucoup plus haut sur la petite courbure que sur la grande, la section devra porter sur la petite courbure au ras du cardia, mais remontera beaucoup moins haut sur la grande courbure : elle aura une direction sensiblement verticale ou légèrement oblique en bas et à gauche.

V. Fermeture de l'estomac. — On lie la branche ascen-

dante de la coronaire stomachique et la gastro-épiploïque gauche; puis on fait un premier surjet perforant total sur toute la tranche de l'estomac d'une courbure à l'autre. Il est inutile de

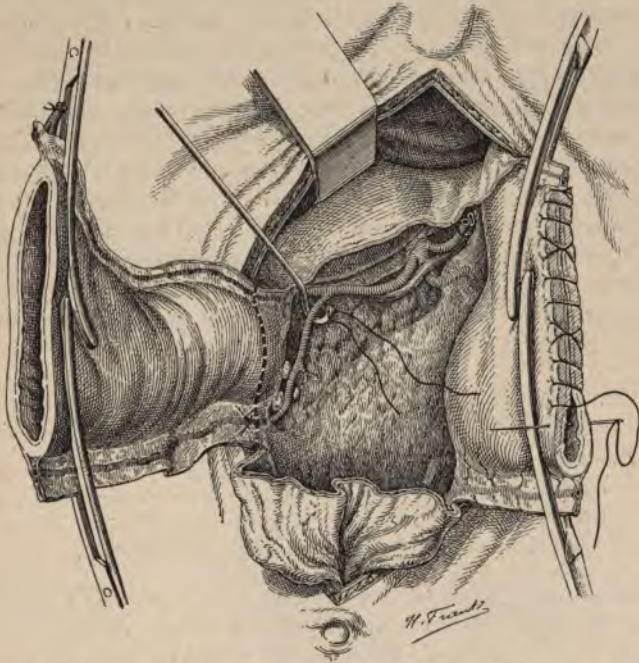


Fig. 76. — A gauche sur l'estomac sectionné on a représenté le premier surjet (surjet total) destiné à fermer la cavité stomacale et à faire l'hémostase. A droite on voit à nu dans le sillon entre le pancréas et le duodénum l'artère gastro-duodénale chargée par un crochet : cette artère sera coupée en ce point et enlevée avec l'estomac. La ligne pointillée indique le point où portera la section sur le duodénum.

lier les vaisseaux que l'on voit sur cette tranche : le surjet total bien exécuté est parfaitement hémostatique.

Ce surjet achevé, on enlève les pinces et on l'enfouit dans un deuxième surjet séro-séreux.

Au lieu de fermer l'estomac au delà des pinces, c'est-à-dire à droite d'elles, on peut à l'aide d'une aiguille droite fermer la cavité gastrique en deçà d'elles, c'est-à-dire à gauche : le surjet

fini on fait une recoupe de l'estomac et on pratique la suture d'enfouissement.

VI. Section du duodénum. — Reprenant la portion pylorique de l'estomac, on la tire fortement à droite. On achève de libérer le long de ses deux bords le grand et le petit épiploon, en en faisant l'hémostase, si besoin est. On effondre le cul-de-sac péritonéal que forme la première portion du duodénum en s'unissant au pancréas, et, dans le fond du sillon ainsi délimité, on cherche l'artère gastro-duodénale qu'on sectionne entre deux ligatures à la partie supérieure du pylore et qu'on isole avec les lymphatiques qui l'accompagnent jusqu'au duodénum; on liera aussi la pylorique à son émergence de l'hépatique.

Il ne reste plus qu'à décoller la première portion du duodénum aussi loin qu'on le croit nécessaire, puis au point jugé bon pour la section on place 2 pinces à mors élastiques droits et l'on sectionne entre les deux.

VII. Réunion de l'estomac et de l'intestin. — L'estomac et l'intestin peuvent être réunis l'un à l'autre par les 3 modes ordinaires :

- 1^o Anastomose termino-terminale (Billroth, 1^{re} manière);
- 2^o Anastomose termino-latérale (Kocher);
- 3^o Anastomose latéro-latérale (Billroth, 2^e manière).

Anastomose termino-terminale. — Elle consiste à suturer la section du duodénum à la section de l'estomac par un double surjet circulaire : mais la section de l'estomac présentant des dimensions bien supérieures à celle du duodénum, on commence par la rétrécir par une suture longitudinale, puis on abouche les deux viscères, donnant ainsi à la ligue de suture la forme d'une raquette.

Inutile d'insister sur ce mode d'anastomose à peu près abandonné. Il est impraticable après une résection étendue du pylore telle qu'on doit toujours la faire en cas de cancer; il présente en outre tous les inconvénients des sutures termino-terminales sur deux viscères de calibre inégal, la présence d'un point faible à l'union du manche et de la circonférence de la raquette.

Anastomose termino-latérale. — Elle consiste à aboucher le duodénum à la face postérieure de l'estomac.

En cas de résection étendue, il peut être difficile d'amener

le moignon duodénal au contact de l'estomac. Pour éviter les tiraillements, il sera utile de recourir à la manœuvre de Kocher, c'est-à-dire du décollement du duodénum et du pancréas de la paroi abdominale postérieure, tel qu'on le trouvera décrit à propos de la cholédochotomie rétroduodénale. Le moignon duodénal ainsi mobilisé peut être attiré sans peine dans la plaie.

Suture du duodénum à l'estomac. — Renversant à gauche le moignon d'estomac pour en découvrir la face postérieure, on se sert de la pince élastique mise sur le duodénum pour approcher la section de ce dernier de la face postérieure de l'estomac. On commence par faire un surjet séro-séreux qui réunit la face postérieure du duodénum à l'estomac : ce surjet sera fait un peu curviligne et passant à 1 centimètre environ de la tranche de section du duodénum. L'estomac est alors incisé sur une longueur correspondant au diamètre du duodénum : un surjet total réunit les 2 viscères l'un à l'autre. On enlève alors la pince qui est sur le duodénum. Il ne reste plus qu'à reprendre le surjet postérieur séro-séreux et à le continuer sur la circonférence antérieure du duodénum.

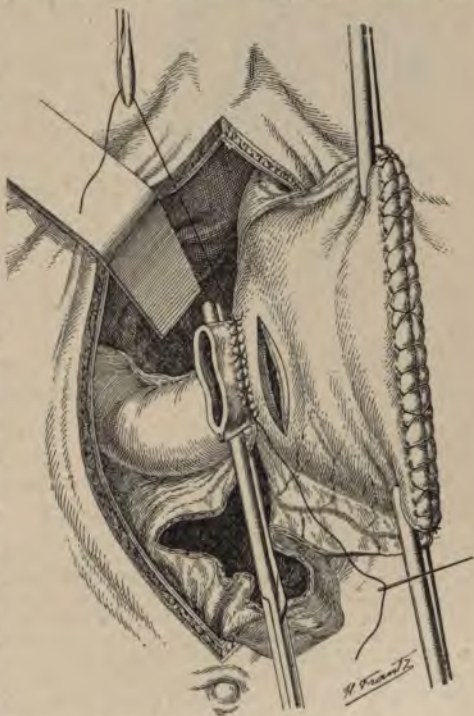


Fig. 77. — Anastomose termino-latérale (Kocher). La section de l'estomac a été terminée par un double surjet. Sur la paroi postérieure de l'estomac, le surjet séro-séreux postérieur est déjà effectué et l'estomac incisé.

Les organes sont remis en place; une péritonisation soigneuse

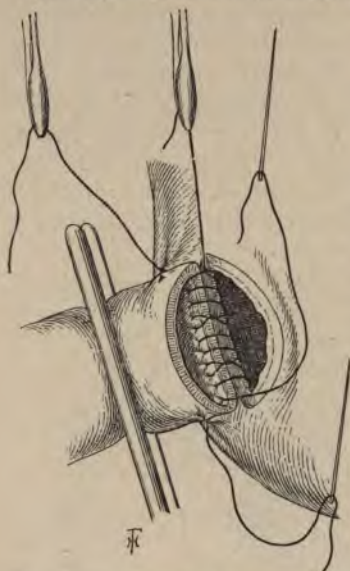


Fig. 78. — Le surjet séro-séreux postérieur est terminé. On commence le surjet total.

et généralement facile permettra de recouvrir toute la surface cruentée de la face antérieure du pancréas. On met quelques points de suture sur le petit épiploon pour réunir ses deux bords de sections soit entre eux, soit au péritoine pariétal postérieur : il faut éviter qu'il ne reste quelque bride ou quelque cul-de-sac péritonéal dans lequel l'intestin pourrait s'étrangler. On agit de même au-dessous de l'estomac pour réparer la brèche que l'on a faite au grand épiploon.

Anastomose latéro-latérale. — Ce procédé présente l'avantage d'être immédiatement applicable à tous les cas et toujours possible. C'est

done le procédé de choix.

Ce n'est autre chose qu'une gastro-entérostomie ordinaire par laquelle on termine la gastrectomie⁽¹⁾.

(1) Certains chirurgiens ont même pratiqué l'opération en deux temps. Dans une première opération, ils pratiquaient une gastro-entérostomie postérieure et en profitaient pour explorer l'estomac et s'assurer qu'il était possible d'intervenir radicalement. Laisant alors le malade se rétablir de sa première opération et reprendre même des forces grâce au bon fonctionnement de son estomac, ils intervenaient ultérieurement et extirpaient le cancer, se bornant cette fois à l'ablation pure et simple du néoplasme avec fermeture des deux bouts, la gastro-entérostomie déjà faite assurant la circulation des aliments entre l'estomac et l'intestin.

Cette manière de faire est excellente dans certains cas, lorsqu'on opère en particulier des sujets trop affaiblis pour supporter d'emblée une intervention aussi importante qu'une gastrectomie. Mais elle ne saurait être érigée en règle générale. Lorsqu'on se croit tenu d'opérer ainsi, il faut avoir grand soin de placer sa bouche gastro-entérique aussi loin que possible du cancer pour n'être pas gêné au cours de la résection de ce dernier. D'ailleurs, en tout état de choses, c'est là une bonne mesure qui prévient l'envahissement de la bouche stomacale par le cancer en cas de récurrence dans la cicatrice.

Il va sans dire que ces anastomoses peuvent être faites au bouton de Murphy. On

La résection stomacale effectuée, on ferme le duodénum par un double surjet total, puis séro-séreux : on peut, pour mieux l'enfourir, ramener sur lui le petit et le grand épiploon ; on péritonise la surface cruentée pancréatique. Alors on pratique une gastro-entérostomie postérieure absolument comme d'habitude.

Après effondrement du mésocolon transverse, il faut aller chercher le moignon gastrique haut sous les fausses côtes et l'attirer doucement en évitant de le faire pivoter sur lui-même, car cela changerait l'orientation de la bouche et pourrait occasionner un *circulus vitiosus*.

VIII. *Fermeture de la paroi.* —

La résection de l'estomac et l'anastomose gastro-intestinale terminées, il ne reste plus qu'à suturer la paroi abdominale en trois plans comme d'ordinaire, en drainant ou non, suivant qu'on le juge utile.

aura soin toutefois de mettre la partie femelle dans l'estomac, la partie mâle dans l'intestin : celle-ci, plus lourde, empêchera que le bouton une fois libre tombe dans l'estomac, son propre poids l'entraînant au contraire dans l'intestin. On ne prendra pas un bouton trop volumineux qui risquerait de ne pas passer dans la terminaison de l'iléon, de calibre moindre que le jéjunum.

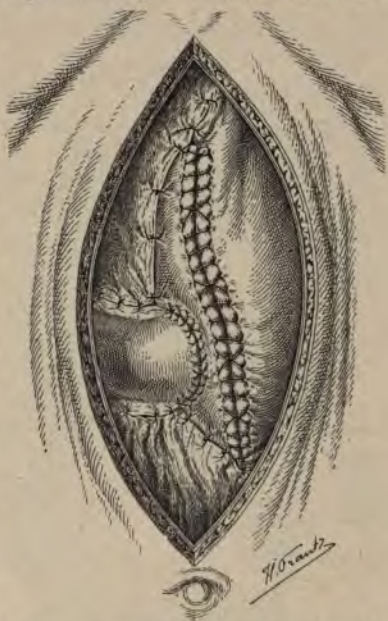


Fig. 79. — Anastomose termino-latérale (Kocher). Opération terminée. On remarque la suture de fermeture de l'estomac, la suture de la gastro-duodénostomie, et les sutures qui réunissent le grand et le petit épiploon à l'estomac et au duodénum.

CHAPITRE VI

RÉSECTION DU CARDIA

La résection du cardia est une opération jusqu'ici rarement pratiquée sur le vivant. Nous la décrivons surtout d'après l'excellente étude qu'en a faite Sencert. (*Revue de Gynécologie et de chirurgie abdominale*. 1906.)

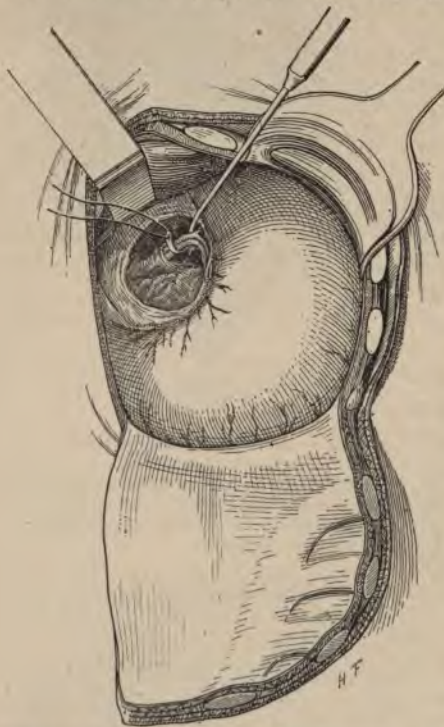


Fig. 80. — Résection du cardia. Effondrement du petit épiploon et ligature de l'artère coronaire stomacique.

I. Position. — Le malade sera couché sur le dos, sur une table légèrement inclinée en bas vers les pieds, avec en plus un fort coussin sous les lombes qui faisant saillir la région cœliaque laissera retomber les intestins vers le petit bassin, le foie vers la concavité du diaphragme.

II. Incision de la paroi. — On fera une laparotomie médiane sus-ombilicale qu'on complètera par la résection du rebord thoracique inférieur

gauche à l'aide d'une longue incision oblique de 12-15 cent. allant de l'appendice xiphoïde à la ligne axillaire anté-

rière parallèlement au rebord costal. Le lambeau ainsi délimité sera rabattu et la région opératoire largement exposée. (Voir pour la *Résection du rebord costal*, p. 88.)

III. *Exploration et libération du cardia.* — On place un long écarteur mousse sous le lobe gauche du foie pour le refouler fortement à droite et une large valve sur ce qui reste du rebord thoracique pour le récliner en dehors: il est alors facile de reconnaître le cardia et l'œsophage abdominal. On tend alors le petit épiploon en attirant l'estomac à gauche et en bas et on l'incise immédiatement contre le bord droit du cardia. Juste en arrière se voit un repli membraneux, c'est la faux de l'artère coronaire stomachique. On devra lier celle-ci dans sa portion ascendante à l'aide d'une aiguille de Deschamps passée de gauche à droite à travers le ligament profond de l'estomac ou après isolement de l'artère dans son ligament à la sonde cannelée.

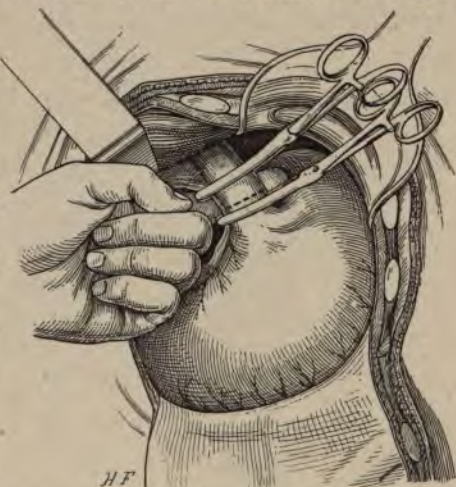


Fig. 81. — Résection du cardia. Isolement du cardia avec le doigt.

Avec l'index droit, on explore toute la petite courbure de l'estomac pour y chercher les ganglions qu'on enlèverait si on en sentait.

Pour compléter l'isolement du cardia, le doigt glisse en arrière de lui, libère sa face postérieure, puis son bord gauche en effondrant, si possible, le plafond de l'arrière-cavité des épiploons. On glisse alors une compresse en arrière de lui.

IV. *Résection du cardia.* — On coupe l'œsophage entre

deux pinces à mors élastiques placées haut près de l'hiatus œsophagien du diaphragme. Le bout supérieur est enveloppé d'une compresse et relevé sous le foie ; le bout inférieur est, au contraire, récliné en bas. On sectionne avec des ciseaux les divers ligaments qu'on voit se tendre (faux de l'artère coronaire stomacique, ligament gastro-phrénique, etc.), en pinçant, s'il y a

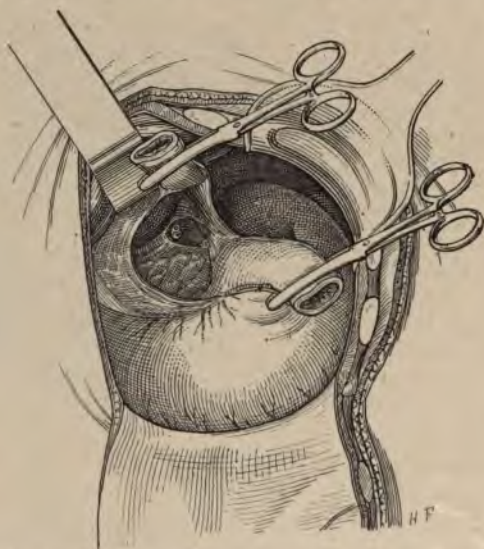


Fig. 82. — Résection du cardia. Section de l'œsophage entre deux pinces.

lieu, les vaisseaux qui saignent. Arrivé au point voulu, on sectionne l'estomac entre quatre pinces élastiques.

V. Rétablissement de la continuité du tube digestif. — On commence par fermer complètement la tranche de section stomacale par un double surjet. Pour aboucher ensuite l'œsophage à l'estomac, on isole l'œsophage du diaphragme : la main gauche attirant fortement l'œsophage par en bas à l'aide de la pince qui l'enserme, l'index droit en fait le tour, décollant ses adhérences au diaphragme, les sectionnant au besoin.

Le moignon stomacal est alors attiré fortement en haut et

retourné pour présenter en avant et en haut sa face postérieure. On unit alors par un premier surjet séro-séreux postérieur l'œsophage à la face postérieure de l'estomac : immédiatement

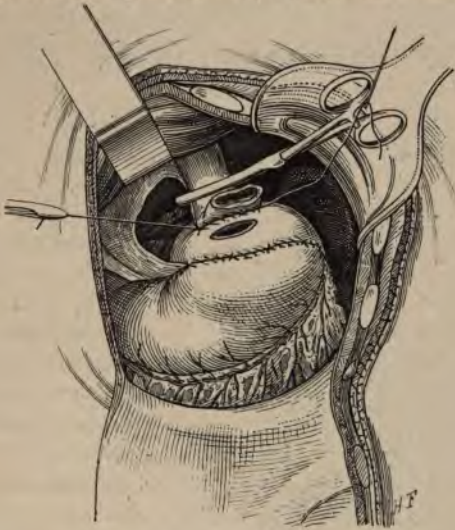


Fig. 85. — Résection du cardia. Rétablissement de la continuité du tube digestif après résection du cardia et de la grosse tubérosité. (Œsophago-gastrostomie.)

en avant de cette ligne de suture, on ouvre l'estomac sur une longueur correspondant à la surface de section de l'œsophage et on fait une suture muco-muqueuse circulaire; puis on termine par une suture séro-séreuse antérieure.

Il n'y a plus alors qu'à faire la toilette du péritoine et à fermer l'incision abdominale et thoracique.

CHAPITRE VI

GASTROPLICATION

Nous insisterons peu sur cette opération sans intérêt pratique.

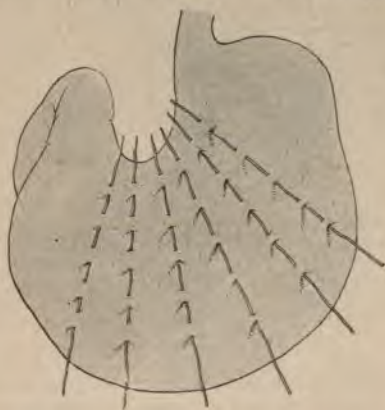


Fig. 84. — Gastroplication. Manière de placer les fils (Monod et Vanverts).

Quand on se trouve en présence d'un estomac très distendu, ce qu'on doit faire, c'est une gastro-entérostomie qui permettra à l'estomac de se rétracter spontanément; la gastroplication est en général au moins superflue.

Pour la pratiquer, l'abdomen étant ouvert, on attire l'estomac à l'extérieur, puis sur sa face antérieure, on place une série d'anses de fil (soie ou catgut) ainsi passées : chaque fil est faufilé dans la paroi, sans la traverser, d'un bord de l'estomac vers l'autre; suivant le volume de l'estomac, chaque anse sera plus ou moins longue, c'est-à-dire se rapprochera plus ou moins des bords de l'estomac.

On placera ainsi une série d'anses parallèles et distantes d'environ 3 centimètres.

Quand toutes les anses [sont passées, on les serre l'une après l'autre : la muqueuse se



Fig. 85. — Résultat après que les fils ont été noués (Monod et Vanverts).

trouve ainsi froncée et refoulée en dedans : la musculo-séreuse est plissée en accordéon et le volume de l'estomac réduit.

L'opération peut être répétée sur la face postérieure de l'estomac après ouverture de l'arrière-cavité des épiploons.

CHAPITRE VII

GASTROPEXIE

Opération peu pratiquée et d'indication rare, la gastropexie a pour but de fixer l'estomac à la paroi abdominale pour combattre la gastropiose⁽¹⁾.

Il y a presque autant de procédés de gastropexie que de chirurgiens ayant pratiqué l'opération. Nous décrivons le suivant qui se rapproche beaucoup de celui de Rovsing.

On faufile dans l'épaisseur des parois stomacales une série d'anses de fil (soie ou catgut). Ces anses seront placées horizontalement, l'une au-dessus de l'autre, et la première mise tout près de la petite courbure. Ces anses effectueront dans la paroi stomacale un certain trajet et ne seront pas simplement des points en U.

Les fils placés, on passe chacun des chefs de l'anse isolément dans chacune des lèvres de la plaie, en traversant toute l'épaisseur de la paroi, sauf la peau. On ferme alors la plaie de l'abdomen, mais avant de suturer la peau, on a soin de nouer les deux chefs de chaque anse l'un avec l'autre de façon à appliquer l'estomac contre la paroi abdominale.

On suture ensuite la peau.

(1) La gastrorrhaphie est la suture de l'estomac ; la gastropexie est la suspension ou la fixation de l'estomac à la paroi.

TROISIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

CHAPITRE PREMIER

SUTURES INTESTINALES

Les sutures intestinales sont destinées à unir entre elles deux lèvres d'intestin, qu'il s'agisse d'intestin proprement dit, ou d'autres viscères à structure analogue (estomac, vésicule biliaire).

Toute suture intestinale doit être *hémostatique* et *hermétique* sous peine d'échouer. Il y a deux types de suture intestinale : les *points séparés* et le *surjet*. Nous donnons nettement la préférence au surjet qui présente sur les points séparés les avantages suivants : il est plus rapide à exécuter; il est plus hémostatique, car il exerce de la compression sur toute la ligne de suture et non pas seulement au niveau même du point de suture; il est plus hermétique, car, si l'intestin se distend, les deux lèvres de la plaie n'en sont que plus fortement serrées l'une contre l'autre, tandis qu'il peut se faire entre deux points séparés un hiatus, laissant filtrer gaz et matières.

Pour avoir une suture intestinale à la fois hémostatique et hermétique, il est absolument nécessaire de faire *deux plans de suture*; car, pour être hémostatique, la suture doit traverser toutes les tuniques de l'intestin sur chaque lèvre de la plaie, mais elle n'est plus hermétique parce que les liquides septiques peuvent filtrer le long du fil et venir inoculer le péritoine. Pour éviter cet inconvénient, on enfouit la première suture par une deuxième suture, celle-ci non perforante.

Donc chaque fois que nous ferons une suture intestinale, nous ferons deux surjets : un premier surjet hémostatique, traversant toutes les tuniques de l'intestin (*surjet total*), et un deuxième

surjet à points non perforants, enfouissant le premier (*surjet séro-séreux* ou *musculo-séreux*).

Autre point capital, on ne doit mettre ses points de suture

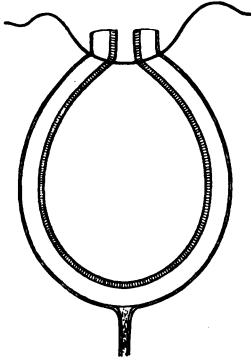


Fig. 86.

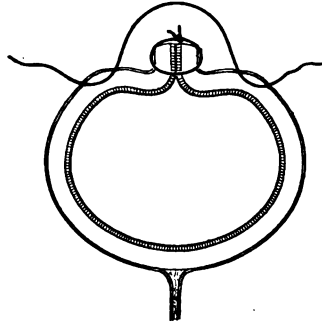


Fig. 87.

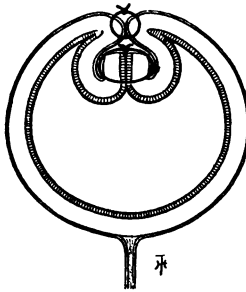


Fig. 88.

Fig. 86-88. Sutures intestinales. Schéma. — Fig. 86. Surjet total. — Fig. 87. Le surjet total est noué : surjet séro-séreux. — Fig. 88. Les deux surjets sont noués. C'est par erreur qu'on voit ici deux petits culs-de-sac aussi profonds.

que sur de l'intestin sain à moins que ce ne soit impossible, sans quoi les fils coupent et le surjet se relâche.

Matériel de suture. — Toutes les aiguilles, pourvu qu'elles soient assez fines, peuvent servir pour les sutures intestinales; mais il n'est pas douteux que les meilleures soient les aiguilles de couturière rondes, soit droites, soit courbes. Pour éviter l'ennui et la perte de temps de l'enfilage, ou bien on aura des aiguilles à chas brisé, ou bien on fera stériliser les

aiguilles tout enfilées. On veillera à ce que ces aiguilles aient à leur chas de chaque côté une cannelure dans laquelle se loge le fil : l'aiguille enfilée n'est ainsi pas plus volumineuse que l'aiguille vide et n'expose pas à un arrêt au moment où l'anse de fil va s'engager dans le trou fait par l'aiguille.

Lorsqu'on manœuvrera ces aiguilles avec un porte-aiguille, on aura soin de saisir l'aiguille à quelque distance du chas sous peine de la casser.

Quant aux fils, on aura le choix entre la soie et le lin ; le catgut fin n'est pas assez solide et se résorbe trop vite.

Plaie longitudinale de l'intestin.

Deux plans de sutures. — Premier plan. Surjet total. — On le commence à une extrémité de la plaie : l'aiguille traverse les trois tuniques intestinales sur une des lèvres de la plaie à

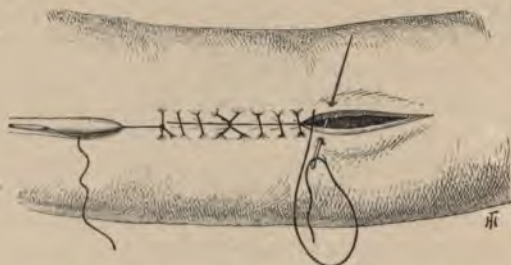


Fig. 89. — Plaie longitudinale de l'intestin. Surjet total.

3 ou 4 millimètres environ du bord libre, puis les trois tuniques de l'autre lèvre à la même hauteur, mais dans un ordre inverse. Le nœud est fait et le surjet continué de même.

Il faut avoir grand soin, en faisant le surjet, de serrer chaque point à fond pour qu'il ne se desserre pas ; en outre pour éviter que la ligne de sutures se fronce, par suite d'une tension trop forte, on arrête le surjet tous les 3 ou 4 points en faisant passer le fil dans l'anse qui vient d'être serrée. A l'extrémité de la plaie on arrête définitivement le surjet en nouant ses deux chefs. Les points du surjet seront espacés de 3 à 5 millimètres environ.

Pour le deuxième *plan* (*surjet séro-séreux*), on commence le surjet un peu au delà de l'extrémité de la plaie. Pour faire ce surjet, l'aiguille doit entrer sur une des lèvres de la plaie à 6 ou 8 millimètres environ, passer profondément dans l'épaisseur de la musculature et ressortir à 2 ou 3 millimètres de la plaie; même chose est faite, mais en sens inverse, sur l'autre lèvre de la plaie. Lorsque la suture est serrée, les deux bords de la plaie sont accolés par leur face péritonéale sur une certaine largeur.

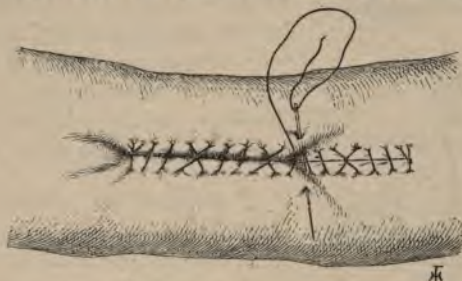


Fig. 90. — Plaie longitudinale de l'intestin. Surjet séro-séreux.

Le surjet est ainsi mené jusqu'au delà de l'autre extrémité de la plaie de façon à enfouir complètement le premier surjet.

Plaie transversale de l'intestin.

1° Section le long du bord libre. — Si la section est peu étendue, de moins de la moitié de la circonférence de l'intestin, il n'y a qu'à se comporter comme si on avait affaire à une plaie longitudinale qu'on peut déplier et tendre.

Si au contraire la plaie embrasse plus de la demi-circonférence de l'intestin, il est impossible de tendre ses bords et de faire un surjet dont les points se correspondent bien d'une lèvre à l'autre. Pour y obvier, il faut commencer par aplatir l'intestin et, au niveau du bord libre, passer un fil dans les deux lèvres de la plaie. En tirant sur ce fil, on tendra les deux faces de l'intestin, ce qui permet de faire une suture bien régulière. On commence alors le surjet total à une extrémité de la plaie et on le mène de là jusqu'au niveau du bord libre, puis renversant l'intestin pour en voir l'autre face, on continuera le surjet sur cette face du bord libre à l'extrémité de la plaie

en maintenant cette face tendue par la traction sur le fil du bord libre. Supprimant alors ce fil, on fait par-dessus la première suture un deuxième surjet séro-séreux pour l'enfouir.

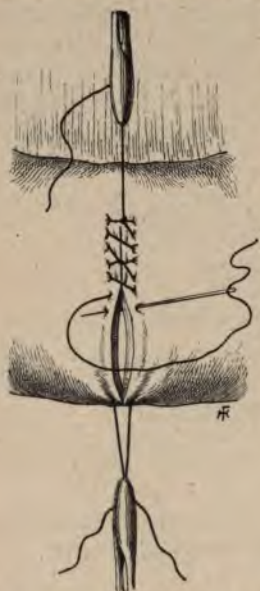


Fig. 91. — Plaie transversale de l'intestin. Anse de traction facilitant la suture.

Lorsque la plaie intestinale est telle qu'on craigne d'avoir, après suture, un rétrécissement de la lumière de l'intestin, on peut recourir à la pratique suivante. Sur chaque bout de l'intestin on supprime un coin de paroi à base tournée vers le bord libre et on réunit comme précédemment : par là, la lumière de l'intestin se trouvera agrandie au niveau de la suture.

2^o Section au niveau du mésentère. — La réunion est toujours plus difficile au niveau du mésentère que sur le reste de la circonférence de l'intestin. Aussi faut-il toujours commencer par agrandir la section du mésentère perpendiculairement à l'intestin pour bien dégager la région et ne jamais commencer par elle la suture. Le surjet total commencera à une des extrémités de la plaie, puis continuera jusqu'au bord mésentérique qu'il franchira pour se terminer à l'autre bout de la plaie.

Par-dessus lui on ajoutera un surjet séreux qui ira d'une extrémité de la plaie à l'autre, mais qui, au niveau du bord mésentérique, traversera en outre le mésentère dont il ramènera ainsi les bords au contact. En outre il est bon d'ajouter au niveau de l'insertion du mésentère deux points isolés l'un en avant, l'autre en arrière, pour mieux accoler le péritoine dans cette région.

On suturera ensuite le mésentère par un surjet particulier.

Plaies avec perte de substance.

Il y a dans la pratique des sutures intestinales un point ca-

pital, c'est que les points de suture ne doivent être placés qu'en tissu absolument sain sous peine de couper et de ne pas tenir. Or, il arrive parfois qu'on se trouve en présence de plaies qui, sans présenter de perte de substance à proprement parler, ont des bords tellement contus et machés qu'on est obligé, pour pratiquer la suture, de supprimer toute la paroi en mauvais état et de faire un avivement entraînant parfois une perte de substance étendue. La suture présente alors certaines particularités.

Quand la perte de substance est minime, on ne s'en occupe pas, on réunit les



Fig. 92. — Plaie avec perte de substance. Tracé de l'avivement.

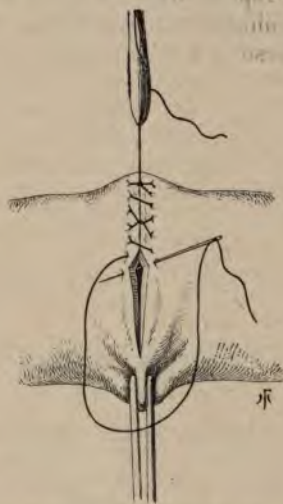


Fig. 93. — Plaie avec perte de substance. Réunion longitudinale de l'avivement losangique.

deux lèvres de la plaie par un double surjet sans craindre de rétrécir l'intestin.

Lorsqu'au contraire la perte de substance est importante, et qu'un rétrécissement de l'intestin est à craindre, on fera de la façon suivante. L'avivement sera autant que possible taillé losangique : la suture sera pratiquée de telle sorte que les côtés correspondants en avant et en arrière soient suturés entre eux, si bien que la ligne de suture soit une ligne droite perpendiculaire à l'axe de l'intestin ; au niveau de la suture l'intestin se trouve élargi, et non rétréci. On fera un surjet très soigné surtout à la partie moyenne où les fils sont tirés et où il est par conséquent nécessaire de bien maintenir la traction du fil pendant le

surjet. Par-dessus cette première ligne de sutures, on fait un surjet séro-séreux d'enfouissement.

Dans les cas enfin où la perte de substance est trop considérable, le mieux est de ne pas tenter la réunion des bords de la plaie, mais de pratiquer la résection de l'intestin suivie d'entérorraphie. C'est ce qu'il faut faire dans les cas où, sur une minime étendue, une anse intestinale présente de nombreuses blessures (plaies par balles de revolver par exemple).

CHAPITRE II

ENTÉRECTOMIES ET ENTÉRORRAPHIES

ENTÉRECTOMIE. — ENTÉRORRAPHIE TERMINO-TERMINALE

L'entérectomie, suivie d'entérorraphie circulaire, est l'opération qui consiste à réséquer un segment de l'intestin et à faire suivre cette résection de la suture bout à bout des deux extrémités sectionnées.

1. Résection de l'intestin. — Section de l'intestin. —

Après la laparotomie ordinairement médiane ou peut-être plus souvent par une incision de kélotomie en cas de gangrène herniaire, on attire en dehors l'anse à réséquer sur un lit de compresses stérilisées, de façon que toute l'opération se passe autant que possible en dehors du ventre : il est même bon d'employer le plan incliné, moyennement incliné, pour que les anses intestinales n'aient aucune tendance à saillir hors du ventre pendant l'opération.

On pratique alors la coprostase pour éviter l'écoulement dans le champ opératoire du contenu intestinal : refoulant entre deux doigts le contenu intestinal, on applique deux pinces à mors élastiques, une à chaque extrémité de telle sorte que ces pinces soient placées à 2 centimètres environ du point où passera la section : outre leur rôle d'arrêt, ces pinces serviront à

manœuvrer l'intestin sans risque de se souiller. Au niveau même où devra passer la section, on place à chaque extrémité de l'anse une pince de Kocher, pour que rien ne puisse s'écouler de l'anse à réséquer au moment de la section. Alors on coupe franchement l'intestin aux ciseaux immédiatement en dehors des pinces de Kocher : la section sera faite perpendiculairement à l'axe de l'intestin ou mieux à peine obliquement du bord libre vers le bord mésentérique : on a ainsi une plus grande surface de coupe et par conséquent on risquera moins de rétrécir le calibre de l'intestin après la suture.

Ce qu'il faut éviter avant tout, c'est de faire deux sections allant en convergeant vers le bord libre : il y aurait ainsi sur les deux tranches toute une zone mal irriguée qui risquerait de se gangrener.

Section du mésentère. — L'intestin sectionné, il faut résé-

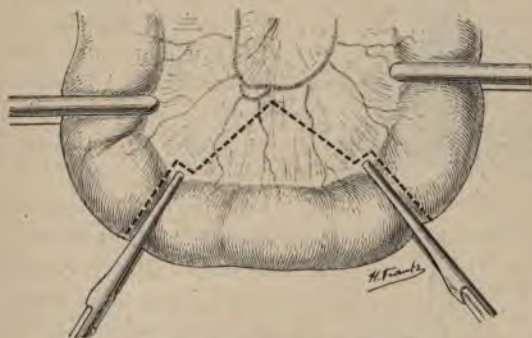


Fig. 94. — Tracé des incisions de l'intestin et du mésentère pour la résection d'une anse intestinale.

quer un coin du mésentère, pour éviter que la portion de mésentère correspondant à l'intestin réséqué ne gêne la suture par son froncement : mais dans cette section, il faut avoir soin qu'aucune portion, même très minime, des deux bouts à réunir, ne soit séparée de son pédicule mésentérique. Il faut, pour bien faire, que la résection du mésentère soit moins étendue que celle de l'intestin.

On commence par désinsérer l'anse à réséquer de son mésentère sur une longueur de 4-5 millimètres de chaque côté, puis

on coupe le mésentère en coin à angle obtus et non aigu, en ayant soin, si la résection porte sur un court segment d'intestin, de ne pas remonter plus haut que la dernière arcade vasculaire près de l'intestin, qu'il faut laisser intacte. On pince sur la

tranche de section les vaisseaux qui donnent et on les lie aussitôt en coupant le fil après ligature, pour éviter de s'encombrer d'une masse de pinces.

Lorsque l'anse à réséquer est plus longue, le coin peut aussi remonter plus haut dans le mésentère.



Fig. 95. — Entérorraphie terminale. Surjet total.

II. Suture de l'intestin. — Avec de petits tampons montés, on nettoie la tranche de section et la muqueuse des deux bouts de l'intestin et à l'aide des deux pinces à mors élastiques on les approche l'un de l'autre.

Surjet total. — On commence alors le surjet total au niveau du bord libre de l'intestin : ce surjet, interrompu tous les trois ou quatre points, ira donc d'abord du bord libre vers le bord mésentérique sur la face postérieure de l'intestin, contournera

le bord et reviendra vers le bord libre.

La cavité intestinale est maintenant fermée de toutes parts ; on peut retirer les pinces qui faisaient la coprostase.

Surjet séro-séreux circulaire. — Reste alors à pratiquer le surjet séro-séreux circulaire. On commence en un point quelconque de la circonférence de l'intestin, non au point d'insertion du mésentère, car on risquerait fort de ne pas bien terminer son surjet en ce point, ni non plus au niveau du bord

libre pour éviter que les nœuds des deux surjets ne se superposent. On fait avec le surjet le tour de l'intestin, sur la face



Fig. 96. — Entérorraphie termino-terminale. Surjet séro-séreux sur la face postérieure de l'intestin.



Fig. 97. — Entérorraphie termino-terminale. Suture du mésentère après achèvement du surjet séro-séreux.

antérieure, puis sur la face postérieure, en relevant l'anse intestinale, et on le termine en nouant les deux chefs ensemble.

Suture du mésentère. — Il ne reste plus alors qu'à faire une suture (surjet ou points séparés) sur les deux lèvres du mésentère pour les réunir et éviter la persistance d'un orifice par lequel l'intestin pourrait s'étrangler.

ENTÉRORRAPHIE LATÉRO-LATÉRALE

Cette entérorraphie tend à être de plus en plus employée : elle présente en effet sur la circulaire deux grands avantages :

- 1^o Elle permet de faire l'orifice de communication aussi large qu'on le juge à propos et n'expose pas au danger de rétrécissement.
- 2^o Elle peut s'appliquer à toutes les portions de l'intestin avec une égale facilité et n'exige pas que les deux sections soient spontanément congruentes

ou ramenées à la congruence par un artifice (fente de la section trop étroite ou suture partielle de la section trop large).

L'entérorraphie latéro-latérale se pratique ordinairement après résection intestinale, d'où deux temps.

I. *Résection de l'intestin.* — Ici les pinces qui font la coprostase devront être placées assez loin du point à sectionner pour ne pas gêner pendant l'anastomose. La résection de l'intestin peut se faire aux ciseaux, comme nous l'avons décrit pour l'entérorraphie circulaire, mais comme ici, avant d'anastomoser les deux bouts il va falloir les fermer au niveau de leur

tranche, il vaut mieux d'emblée fermer les deux bouts, en les coupant : c'est ce qu'on obtient par l'écrasement.

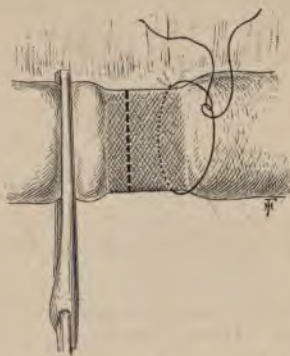


Fig. 98. — Section de l'intestin par écrasement. Point où passe le fil et point où se fera la section.

L'écrasement se fait avec une pince angiotribe à mors suffisamment larges. Au point choisi pour la section, on applique la pince perpendiculairement à l'axe de l'intestin de telle sorte que toute la largeur de l'anse se trouve comprise entre les mors de l'instrument. En pressant lentement et progressivement, on écrase toutes les tuniques sauf la séreuse et l'intestin se trouve

réduit à une mince lame comme une feuille de papier. On lie l'intestin avec un fil au niveau de la partie ainsi écrasée et on coupe au delà de la ligature autant que possible sur la portion écrasée.

L'écrasement pratiqué aux deux extrémités de l'anse, il ne reste plus qu'à sectionner le mésentère en coin aux ciseaux, comme nous l'avons déjà dit.

II. *Entérorraphie proprement dite.* — A. *Fermeture des deux bouts.* — Elle varie suivant le mode de résection employé. Si la section a été faite aux ciseaux, on fermera l'intestin par un double surjet allant du bord mésentérique au bord libre. Le premier surjet est un surjet total, hémostatique ;

le deuxième est un surjet musculo-séreux d'enfouissement. L'intestin se trouve ainsi bien fermé.

Lorsque la section a été faite avec l'écraseur, l'intestin se trouve par là même fermé : il n'y a plus, pour achever cette fermeture, qu'à enfouir le petit moignon, ce qu'on peut faire



Fig. 99.



Fig. 100.

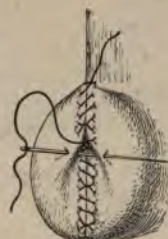


Fig. 101.

Fermeture de l'intestin.

Fig. 99. Suture en bourse. Passage du fil. — Fig. 100. Suture en bourse ; le fil est serré. — Fig. 101. Fermeture par un surjet séro-séreux.

de deux manières, soit par une suture en bourse, le fil passant tout autour de la base du moignon et à quelque distance de lui, soit mieux par un surjet séro-séreux suivant une ligne allant du bord libre au bord mésentérique.

B. Anastomose des deux anses. — *Mise en contact des deux anses.* — Les deux anses à unir sont amenées au contact l'une de l'autre et juxtaposées, non pas en canon de fusil, les deux extrémités en cul-de-sac tournées du même côté, mais au contraire en plaçant ces deux extrémités à l'opposé l'une de l'autre : les deux anses se trouvent ainsi mieux dans la continuité l'une de l'autre, le bout efférent semblant continuer le bout afférent ; il y a isopéristaltisme.

Les deux anses sont mises en contact de telle sorte que leurs bords mésentériques et leurs bords libres se correspondent. On commencera alors le premier surjet qui doit les unir, le surjet séro-séreux postérieur. Ce surjet est commencé à une des extrémités de la ligne de réunion, c'est-à-dire d'un côté à 2 centimètres du point où l'intestin a été fermé. De là le surjet va jusqu'à 2 centimètres du fond du cul-de-sac formé par l'autre bout intestinal : il devra avoir entre ces deux points une lon-

gueur de 6 à 8 centimètres et sera placé non pas sur le bord libre, mais au milieu d'une des faces latérales. Enfin, on aura soin, avant de terminer le surjet, d'incurver en avant ses deux



Fig. 102. — Entérorraphie latéro-latérale. Surjet séro-séreux postérieur et ouverture de l'intestin.

extrémités pour mieux amorcer le surjet séro-séreux antérieur. On arrête le fil à une extrémité et on conserve l'aiguille.

Ouverture de l'intestin.

— A 2-3 millimètres en avant du surjet séro-séreux postérieur, on fait à l'intestin un pli transversal, perpendiculaire à l'axe longitudinal et comprenant toute l'épaisseur de la pa-

roi intestinale : avec les ciseaux on incise ce pli au ras de la pince et, introduisant une des branches des ciseaux dans la boutonnière ainsi faite, on agrandit l'incision jusqu'à lui donner 5 centimètres environ. On agit de même sur l'autre bout de l'intestin en faisant en sorte que les deux incisions soient de même longueur et se correspondent bien dans toute leur étendue.

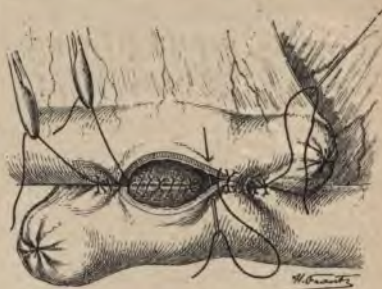


Fig. 105. — Entérorraphie latéro-latérale. Surjet total circulaire.

Suture totale. — Il n'y a plus alors qu'à faire une suture totale sur tout le pourtour des deux incisions. Dans la demi-circonférence postérieure, la suture ira d'une muqueuse vers l'autre; dans la demi-circonférence antérieure, elle ira au contraire d'une séreuse vers l'autre. Lorsque le surjet est fini, on noue son chef terminal avec le chef initial et on les coupe. Les deux cavités intestinales sont en communication et entièrement fermées.

Surjet séro-séreux antérieur. — Il ne reste plus alors qu'à

reprendre l'aiguille et le fil du surjet séro-séreux postérieur et à faire en avant du surjet total un surjet séro-séreux antérieur dont on nouera le chef terminal avec le chef initial du surjet postérieur que l'on a conservé.

Dans les cas d'anastomoses entre l'intestin grêle et le gros intestin, il est bon d'appliquer encore des deux côtés de l'anastomose un ou deux



Fig. 104. — Entérorraphie latéro-latérale. Achèvement du surjet séro-séreux antérieur.

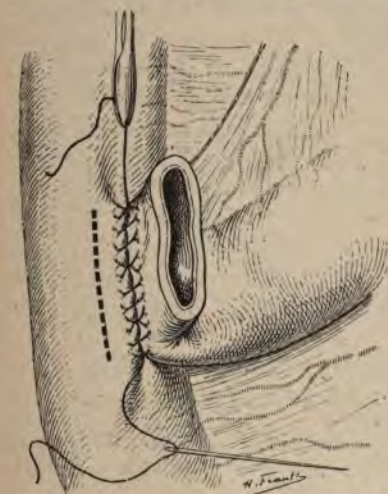


Fig. 105. — Entérorraphie termino-latérale. Surjet séro-séreux postérieur et tracé de l'incision de l'intestin.

Pour faire l'anastomose, l'anse intestinale ayant été sectionnée transversalement est approchée de l'autre anse sur laquelle on doit l'implanter et accolée par une de ses faces perpendiculairement à la face correspondante de l'autre anse. On com-

meure les coudures brusques.

Suture du mésentère.

— L'anastomose latérale est achevée, il n'y a plus qu'à réunir par quelques points les deux bords de la plaie mésentérique pour ne pas laisser persister d'orifice anormal, cause possible d'étranglement pour plus tard.

ENTÉRORRAPHIE TERMINO-LATÉRALE

Dans cette anastomose, on implante la tranche d'un des bouts sectionnés sur la partie latérale d'une autre anse.

mence par pratiquer une suture séro-séreuse postérieure occupant la demi-circonférence postérieure de l'anse à implanter et une longueur correspondante de l'autre anse. Ce surjet sera établi de telle sorte qu'il ait un trajet courbe à concavité antérieure et qu'il passe à 5 millimètres environ de la tranche

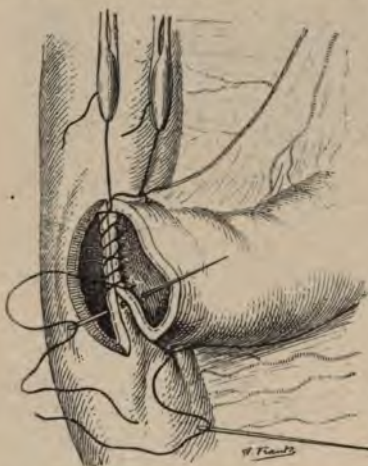


Fig. 106. — Entérorraphie termino-latérale.
Ouverture de l'intestin et surjet total.

de section, et sur le milieu de la face latérale de l'anse intacte. A l'extrémité, le surjet est arrêté et le fil conservé.

A 5 millimètres environ du surjet postérieur on fait un pli à l'intestin, on incise ce pli et, profitant de la boutonnière ainsi créée, on agrandit l'incision jusqu'à lui donner une longueur égale au diamètre de l'intestin à suturer. Il n'y a plus qu'à réunir les lèvres des deux incisions intestinales par un surjet total.

Par-dessus, on reprend le surjet séro-séreux postérieur et on le continue sur toute la demi-circonférence antérieure jusqu'à rejoindre le chef initial du fil qu'on noue avec le chef terminal.

ANASTOMOSES INTESTINALES AUX BOUTONS ANASTOMOTIQUES

Au lieu de réunir les deux extrémités de l'intestin sectionné à l'aide de sutures, on peut employer différents appareils dont le plus connu et le meilleur est le bouton de Murphy. On peut l'utiliser pour toutes les anastomoses viscérales, aussi bien latérales que terminales; cependant il y a toujours grand danger à l'employer pour les anastomoses sur le gros intestin; la lumière centrale risque d'être obstruée par des matières fécales, d'où occlusion intestinale. On peut toutefois l'employer pour les anastomoses entre l'intestin grêle et le gros intestin et même dans les cas d'iléo-rectostomie pour cancer du côlon pelvien, son emploi doit être conseillé, car une anastomose par sutures au fond du petit bassin est fort malaisée.

Lardenois a imaginé pour ces cas, une technique spéciale. Nous croyons qu'il est aussi bon et plus simple d'avoir recours au bouton de Jaboulay.

Anastomoses termino-terminales. — Le bouton, de calibre moyen en général, est dévissé et chaque moitié montée sur une pince hémostatique qui en saisit le cylindre central.

Chaque extrémité de l'intestin étant prête, on passe avec une aiguille un fil tout autour de la circonférence de l'intestin : ce



Fig. 107. — Anastomose termino-terminale au bouton de Murphy. À gauche fil, faufilé dans l'épaisseur de l'intestin; introduction du bouton. À droite, le fil a été serré, et le demi-bouton est en place.

fil est faufilé en perforant toutes les tuniques intestinales à 3 ou 4 millimètres environ de la tranche de l'intestin. On introduit

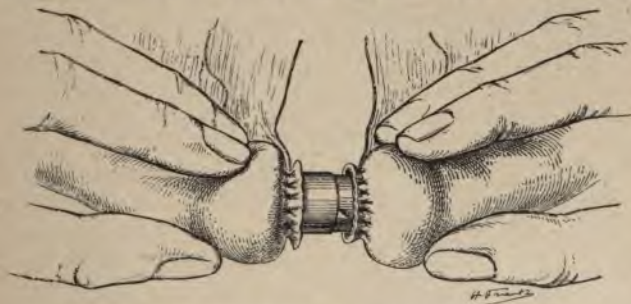


Fig. 108. — Introduction des deux demi-boutons l'un dans l'autre.

dans chaque bout de l'intestin une des moitiés du bouton⁽¹⁾. On

(1) On peut entrer n'importe quelle moitié dans chaque bout; cependant, s'il est facile de s'y reconnaître, on mettra de préférence la partie femelle dans le bout supérieur, la partie mâle dans le bout inférieur; celle-ci étant plus lourde, a tendance par son propre poids à être entraînée vers l'anus. Cela est surtout important en cas de gastro-entérostomie ou de cholécystentérostomie au bouton; il faut toujours mettre la partie mâle dans l'intestin pour éviter que le bouton une fois libre ne tombe dans le vésicule ou dans l'estomac.

serre alors les deux chefs du fil faufilé; l'intestin se ferme en bourse et serre le tube central de l'anneau. Avec des petits ciseaux fins on résèque toute la portion d'intestin exubérante au delà du fil. Sur le bouton mâle, il faut avoir soin de serrer le fil de telle sorte qu'il s'applique contre le tube central, au delà de la bague et non pas dans le sillon entre la bague et le champignon, car alors la bague s'interposerait entre les deux bouts de l'intestin.

On coupe alors les deux fils et il ne reste plus qu'à réunir les deux demi-anneaux. Pour cela, on les rapproche l'un de l'autre sans les tordre, on s'assure qu'ils se correspondent bien, que leurs bords mésentériques sont bien en face l'un contre l'autre. On engage alors les deux tubes l'un dans l'autre et on pousse à fond jusqu'à ce que les deux anneaux s'appliquent bien l'un contre l'autre en serrant bien dans l'axe pour éviter

les coincements. En serrant, il faut veiller à ne pas presser sur les anneaux avec un doigt placé au centre de chaque champignon pour ne pas contusionner l'intestin, mais on pressera sur chaque demi-anneau avec trois doigts appuyant sur la partie convexe ou mieux par l'intermédiaire d'une compresse.

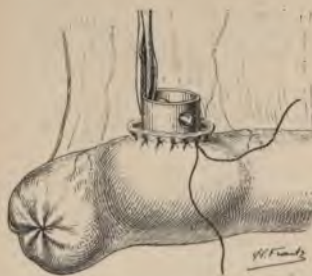
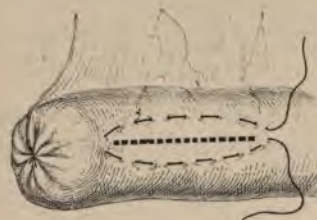


Fig. 109. — Anastomose latéro-latérale au bouton. En haut, manière de faufiler le fil et tracé de l'incision de l'intestin. En bas, le demi-bouton a été appliqué et le fil serré.

Anastomoses latéro-latérales. — Les deux bouts de l'intestin ayant été fermés, à peu de distance de cette extrémité en cæcum, on choisit les faces latérales de l'intestin opposées l'une à l'autre et on y faufile un fil de la façon suivante. On commence par faufiler droit sur une longueur de 4-5 centimètres, puis perpendiculairement au grand axe

de l'intestin, c'est-à-dire transversalement sur 5-6 millimètres

et revenant en arrière on faufile de nouveau droit sur une longueur de 4-5 centimètres. La suture terminée a donc la forme d'un U à branches verticales très longues et peu écartées, parallèles à l'axe de l'intestin.

Faisant alors un pli à la paroi, on l'incise longitudinalement à égale distance des deux branches de l'U et presque jusqu'au fond de l'U. L'incision devra être assez longue pour permettre d'entrer l'anneau, c'est-à-dire qu'elle devra avoir environ les deux tiers du diamètre du bouton.

On y introduit alors une des moitiés du bouton montée sur une pince hémostatique et on serre le fil contre le tube central, après quoi on ébarbe l'intestin exubérant.

On répète la même opération sur l'autre extrémité de l'intestin.

Il n'y a plus alors qu'à enlever les deux pinces hémostatiques, à ajuster les deux moitiés du bouton l'une à l'autre et à serrer.

On aura soin de placer les deux bouts de l'intestin en isopéristaltisme, c'est-à-dire qu'on les mettra opposées par leurs extrémités en cæcum, si bien que les matières aient tendance à passer directement sans changer de direction.

Bien entendu, l'emploi du bouton ne supprime pas la suture du mésentère qui doit être pratiquée quel que soit le mode d'anastomose employé.

Le plus souvent, on aura recours au procédé suivant, beaucoup plus simple. Avant de fermer les deux bouts de l'intestin, on introduit dans chacun d'eux une des moitiés du bouton. La fermeture de l'intestin terminée, on prend successivement chaque demi-bouton et par des manipulations appropriées, on fait saillir son tube central au point précis où on veut établir l'anastomose. Sur la paroi intestinale ainsi soulevée, on fait au bistouri ou mieux au thermocautère une ponction juste suffi-



Fig. 110. — L'anastomose est terminée.
Suture du mésentère.

sante pour que le tube central traverse cette paroi à frottement dur. Quand les deux demi-boutons ont été ainsi préparés, il n'y a plus qu'à les ajuster et à les serrer : les deux bouts de l'intestin viennent parfaitement au contact tout autour du bouton sans qu'il y ait à faire un seul point de suture.

Dans les cas où on doit pratiquer une anastomose latéro-latérale sans avoir à sectionner aucun des deux viscères (Gastro-entérostomie, par exemple), on peut avec avantage employer au lieu du bouton de Murphy le bouton de Jaboulay, de maniement plus simple et plus rapide.



Fig. 111. — Le bouton de Jaboulay. En haut, branche mâle; en bas, branche femelle.

Manuel opératoire. Les deux viscères à anastomoser sont maintenus en présence par un aide qui fera en même temps la coprostase en ayant soin de laisser libre un segment suffisant pour permettre l'application du bouton.

Le chirurgien prend alors un des viscères entre le pouce et l'index gauches et, sur le bourrelet ainsi formé, crée une boutonnière par ponction au bistouri. On doit toujours s'assurer que toutes les tuniques ont été traversées¹, ce qu'on reconnaît en voyant le bourrelet de muqueuse faire saillie entre les lèvres de l'incision. On repère avec une pince une des lèvres de la muqueuse. Cela doit être vérifié tout particulièrement pour l'estomac, difficile à bien ponctionner².



Fig. 112. — Manière d'introduire le bouton de Jaboulay. (1^{er} temps.)

(1) Sinon on s'exposerait à faire pénétrer le bouton entre la musculuse et la muqueuse, en décollant celle-ci, d'où anastomose imperméable, la muqueuse restant intacte.

(2) Inutile de faire l'hémostase, mais naturellement on évitera les gros vaisseaux visibles à travers la séreuse.

L'orifice ainsi créé ne sera ni trop petit, ni trop grand ; 1 centimètre environ suffit pour les dimensions ordinaires du bouton. Trop petit, il se déchirerait lors de l'introduction du bouton ; trop grand, il laisserait trop de jeu au bouton.

L'incision pratiquée, on saisit une des moitiés du bouton, montée sur une pince, et tenant la pince couchée parallèlement à la surface du viscère, on présente le bouton à l'orifice

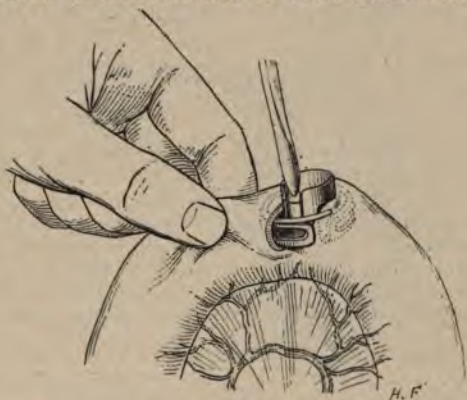


Fig. 113. — Manière d'introduire le bouton de Jaboulay. (2^e temps.)

par son côté en engageant une des lèvres de l'incision dans la fente latérale du bouton. On entre le bouton en le tournant.

Bientôt on sent une résistance parce que la lèvre du viscère a atteint la partie extrême de la fente horizontale : on redresse alors le bouton en amenant la pince verticale, tout en continuant à faire entrer le bouton par un mouvement de rotation. Quand la pince a exécuté un tour complet sur son axe, le bouton est en place : le cylindre interne seul émerge entre les lèvres de l'incision qui l'enserrent à sa base.

La deuxième moitié est placée de même ; puis on les rapproche l'une de l'autre et on serre comme pour le bouton de Murphy. L'anastomose est créée.

CHAPITRE III

JÉJUNOSTOMIE

On rencontre quelquefois (brûlures étendues, cancer massif de l'estomac) des cas où l'estomac est absolument rétréci et induré, formant un véritable rétrécissement étendu du cardia au pylore et où il est aussi bien impossible de pratiquer une gastrostomie qu'une ga-tro-entérostomie. Pour nourrir ces malades, il faut ouvrir et fistuliser l'intestin au-dessous du pylore pour pouvoir y introduire directement les aliments. Suivant le point où se fera la fistule, on pratiquera une duodénostomie ou une jéjunostomie. En pratique, c'est toujours à cette dernière qu'on a recours.

1. Incision de la paroi. — Si d'emblée on a décidé de faire une jéjunostomie, on pratiquera une incision médiane ou à travers la gaine du grand droit gauche, longue de 10 à 15 cent. et dont le milieu correspondre à l'ombilic.

Mais le plus souvent, cette opération succédera à une laparotomie exploratrice : aussi, comme il s'agit toujours de malades très affaiblis, fera-t-on bien de profiter de l'incision de laparotomie pour établir la bouche.

II. Recherche de l'anse à fistuliser. — On va à la recherche de l'angle duodéno-jéjunal, et on attire au dehors la première anse jéjunale, de façon que, après suture, l'anse afférente se dirige sans tension vers la paroi abdominale antérieure, c'est-à-dire que la bouche soit établie à environ



Fig. 114. — Jéjunostomie. — Ouverture de l'anse à fistuliser et fixation de la sonde par une suture en bourse.

25-50 cent. de l'angle duodéno-jéjunal. On protège le champ

opératoire en isolant l'anse avec des compresses ; l'anse est alors disposée longitudinalement suivant le grand axe de la plaie et les deux extrémités du champ opératoire repérées sur la face de l'intestin opposée à l'insertion mésentérique par deux petites pinces de Kocher éloignées l'une de l'autre de 10 cent. environ.

III. *Établissement de la fistule intestinale.* — A la partie inférieure de la zone ainsi limitée, on ponctionne l'intestin de façon à pratiquer une ouverture juste suffisante pour admettre la sonde de Nélaton n^{os} 12 à 14 que l'on enfonce dans l'anse de 10 cent. vers en bas.



Fig. 115. — Jéjunostomie. — Enfouissement de la sonde dans la paroi de l'intestin.



Fig. 116. — Jéjunostomie. — Suture d'enfouissement terminée ; fixation du jéjunum à la paroi.

Un catgut est faufilé autour de cette ouverture, puis noué sur la sonde pour la fixer sans supprimer sa lumière.

La sonde est alors couchée sur la face convexe de l'intestin parallèlement à son axe longitudinal ; il en résulte de chaque côté de la sonde deux replis longitudinaux parallèles de la paroi de l'intestin qu'on suture l'un à l'autre par dessus la sonde pour en faire un canal complet. Cette suture,

qu'on peut faire à points séparés ou en surjet commencera un

peu au-dessous de la jonction de façon à bien enfouir celle-ci et remontera sur une hauteur de 8-10 cent.

IV. Fermeture de la paroi. — On commencera par fixer le canal à la paroi par une série de points en U, dont un en haut, un en bas et une double série de chaque côté du canal. Ces points embrasseront la musculo-séreuse de l'intestin, le péritoine et la couche musculaire de la paroi.

On ferme ensuite l'abdomen par étages et on fixe la sonde par un point à l'aponévrose ou à la peau.

La sonde restera en place en permanence ou tout au moins le plus longtemps possible, sans quoi le trajet s'oblitére.

Quand on voudra nourrir le malade, on n'oubliera pas que l'intestin n'admet pas l'introduction d'une grande quantité d'aliments d'un seul coup, qu'il faut faire entrer le liquide alimentaire très lentement et par petites portions.

CHAPITRE IV

EXCLUSION DE L'INTESTIN

L'exclusion de l'intestin est une opération par laquelle on supprime dans un certain segment d'intestin le passage du contenu intestinal : ce segment se trouve en quelque sorte exclu de la circulation intestinale. Elle se compose essentiellement d'une section de l'intestin en deux points avec entéro-anastomose de deux des bouts et traitement variable des deux autres bouts qui appartiennent tous les deux à l'anse exclue ; c'est là la vraie exclusion ou *exclusion bilatérale*. Mais parfois on se contente de sectionner l'intestin en un point, de fermer l'extrémité distale et d'implanter l'autre extrémité sur le reste de l'intestin au-dessous de l'anse à exclure : c'est l'*exclusion unilatérale*.

Laparotomie généralement médiane et sous-ombilicale. L'incision doit être faite à distance de la lésion pour éviter la contamination de la plaie en cas de fistules et pour permettre d'explorer facilement et complètement les lésions. Après exploration, lorsqu'on se sera résolu pour l'exclusion, on agira de la façon suivante :

I. Recherche des points de l'intestin à sectionner.—

Cette recherche est parfois facile (lésions iléo-cæcales); elle devient parfois très difficile en cas de lésion purement iléale. Pour trouver le bout efférent, on va droit à l'angle iléo-cæcal, et on remonte en dévidant l'intestin jusqu'au point où on le voit sortir de la lésion à exclure.

Pour trouver le bout afférent, il y a aussi un moyen sûr qui consiste à remonter à l'angle duodéno-jéjunal et à redescendre de là jusqu'à la lésion; mais il est beaucoup plus simple de chercher le point de la lésion où pénètre une anse saine et libre; celle-ci ne peut être que l'anse cherchée.

II. Section de l'intestin. — La section de l'intestin sera faite à 10-12 centimètres du point où l'intestin sort ou entre dans la lésion de façon qu'on puisse la pratiquer en dehors de l'abdomen.

La section sera faite ou bien aux ciseaux ou à l'écraseur. Dans le premier cas un double surjet devra fermer les deux bouts à moins qu'on ne veuille les laisser ouverts; dans le deuxième cas, il suffira d'enfouir le moignon sous une suture en bourse.

III. Traitement des bouts de l'intestin. — Le bout proximal de l'intestin afférent sera mis au contact du bout distal de l'intestin efférent et réuni à lui par une anastomose latéro-latérale.

Quant aux bouts appartenant à l'anse exclue, l'un sera abandonné à l'intérieur de la cavité abdominale après avoir été fermé, l'autre sera abouché à la peau au niveau d'une contre-ouverture latérale. On fait au niveau d'une des fosses iliaques, la droite le plus ordinairement (lésions cæcales) une petite incision comprenant toutes les couches de la paroi et à travers elle, on attire un des bouts de l'anse exclue complètement fermé: par quelques points séro-séreux, on le fixe au péritoine pariétal.

Il n'y a plus qu'à refermer l'incision de laparotomie.

L'anse sortie à l'extérieur peut être immédiatement ouverte et la muqueuse suturée à la peau; mais on peut aussi attendre 24 ou 48 heures, l'ouvrir et suturer la muqueuse à la peau. Mais alors pour éviter au patient la douleur des piqûres, il est bon

de profiter du sommeil chloroformique pour passer dans la peau les anses de fils qui seront conservées dans des compresses jusqu'au jour de l'ouverture de l'intestin. Il n'y a plus alors qu'à traverser les parois de l'intestin qui sont insensibles à la piqure.

On peut ainsi aboucher à la peau l'un ou l'autre des deux bouts de l'anse exclue : on préférera en général le bout distal, sauf lorsque ce bout est difficile à amener à la peau et à suturer au dehors. Lorsqu'il existe sur l'anse exclue un obstacle au cours rétrograde des matières (valvule ilio-cæcale), il est absolument nécessaire d'ouvrir à la peau les deux bouts ou au moins le bout distal.

Un point important est la nécessité de combler, toutes les fois que cela est possible, les orifices créés dans l'abdomen par les anastomoses à grande distance, afin d'éviter l'étranglement toujours possible de l'intestin dans un de ces orifices.

Dans l'*exclusion unilatérale*, on se contente de couper l'anse intestinale au-dessus de la lésion ; le bout distal est fermé, le bout proximal est implanté dans l'intestin bien en-dessous de la lésion, le plus souvent, soit dans le côlon transverse, soit dans l'S iliaque. Le mode d'anastomose n'en varie pas pour cela. Ici il n'est pas question d'abouchement d'intestin à la peau.

D'ailleurs, souvent en cas d'exclusion bilatérale, on ne réunit pas le bout afférent avec le bout efférent à sa sortie de la lésion, mais on ferme ce dernier et on anastomose le premier au-dessous comme en cas d'exclusion unilatérale.

Dans l'un comme dans l'autre cas, le point important est que les anses à anastomoser viennent facilement au contact sans tiraillements qui pourraient faire échouer les sutures ou produire une coudure de l'intestin.

CHAPITRE V

RÉSECTION DE L'INVAGINATION
INTESTINALE

En cas d'invagination intestinale, trois pratiques peuvent être de mise.

1^o *Désinvagination*. — Seulement praticable lorsque

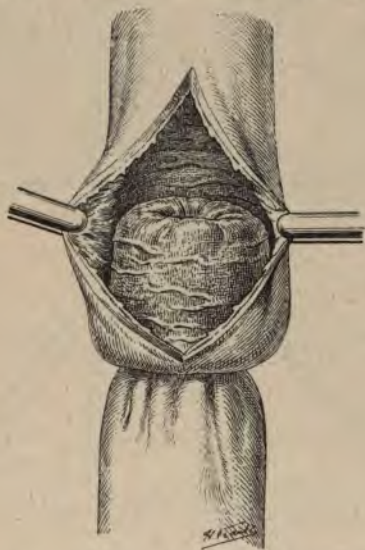


Fig. 117. — Incision de la gaine de l'invagination.

l'intestin est absolument sain et l'invagination récente, elle consiste à détruire l'invagination en lui faisant suivre un trajet inverse de celui qu'elle a suivi pour se produire. On ne réduira pas par traction sur les deux bouts de l'intestin, mais par pres-

sion, en faisant en quelque sorte du taxis sur le boudin pour le forcer à repasser par le collier d'invagination (1).

La désinvagination effectuée, il faut examiner avec soin l'anse désinvaginée, pour voir et traiter en conséquence les lésions qu'elle pourrait présenter (sphacèle), rechercher la cause de l'invagination (polype).

2° *Réséction du segment intestinal invaginé.* — C'est un moyen radical, qui se trouve seul de mise en cas de lésions du cylindre externe (ou gaine). C'est une résection intestinale ordinaire qui ne présente rien de particulier à décrire.

3° *Réséction du cylindre invaginé à travers sa*

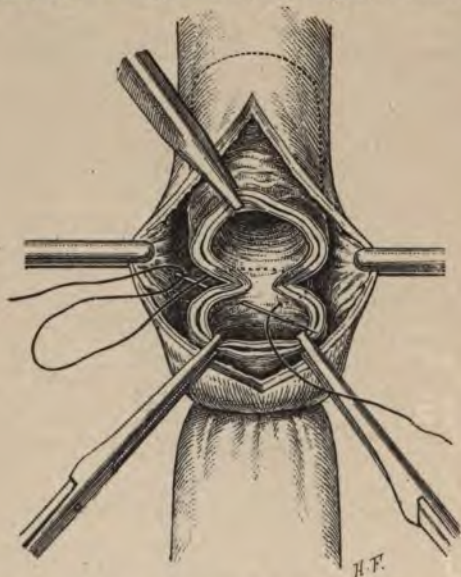


Fig. 118. — Résection du boudin invaginé.

gaine. — Moyen terme entre les deux opérations précédentes, elle n'est de mise que si la gaine est intacte.

On incise alors la gaine longitudinalement sur le bord libre

(1) La récurrence n'étant pas rare, surtout au niveau du cæcum, il est souvent utile de prendre des mesures pour l'éviter, soit par fixation du cæcum à la paroi abdominale antérieure ou postérieure, soit par columinisation du cæcum, en faisant un pli vertical sur sa paroi antérieure par un surjet séro-séreux, soit enfin par résection.

de l'intestin ; commençant à 1 centimètre environ du collier, cette incision devra être assez longue pour permettre de manœuvrer facilement dans l'intérieur de l'intestin. Les deux

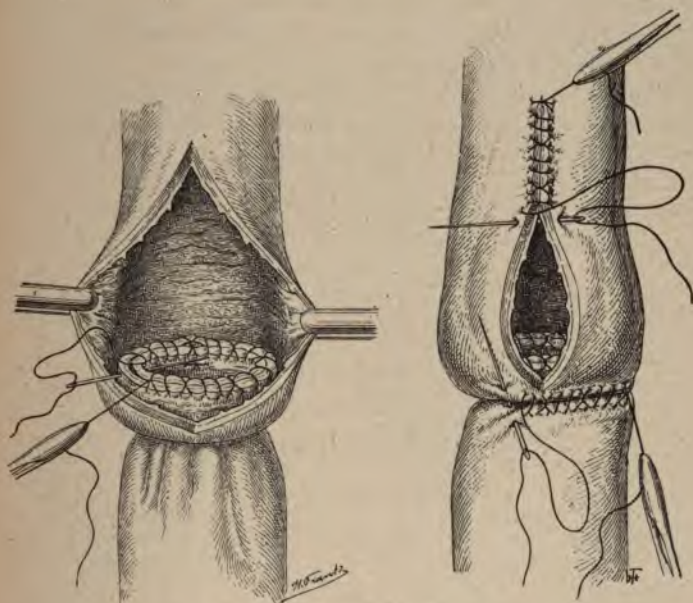


Fig. 119. — Suture des deux cylindres invaginés.

Fig. 120. — Surjet total du cylindre externe (gaine) et surjet séro-séreux au niveau du collier.

bords de l'incision seront écartés avec des pinces, une anse de fil ou des écarteurs.

On saisit alors le boudin invaginé, et on l'attire en bas, l'invaginant davantage sans l'attirer en dehors. On commence à l'attaquer transversalement à sa base mais au-dessus du collet primitif avec les ciseaux. Lorsqu'on a ainsi incisé les deux tiers antérieurs du boudin et ouvert la cavité centrale, on réunit avec de petites pinces de Kocher ces deux tranches intestinales.

Pour faire l'hémostase du mésentère invaginé, on passe un fil de dedans en dehors à travers ces deux tranches, on le ramène en arrière du boudin et on lui fait de nouveau perforer

les deux tuniques, mais de dehors en dedans : en le liant, on a une hémostase parfaite.

Il n'y a plus qu'à compléter la section circulaire du boudin ; puis par un surjet total, on réunit circulairement ensemble les tranches de section du cylindre moyen et du cylindre interne. Puis on referme par un double surjet, l'un total, l'autre séro-séreux la plaie longitudinale faite à l'intestin.

Il ne reste plus qu'à pratiquer un surjet séro-séreux circulaire au niveau du point de jonction des deux segments pour les empêcher de se séparer l'un de l'autre.

CHAPITRE VI

RÉSECTION DE L'APPENDICE

Nous n'envisageons ici que la résection à froid de l'appendice (1).

1. **Incision de la paroi.** — Les incisions principales utilisées pour l'ablation à froid de l'appendice sont au nombre de deux :

1^o L'incision à travers la gaine du Grand Droit ou incision de Jalaguier.

L'incision commencera en haut, au niveau de l'ombilic environ ; elle sera longue de 10 centimètres au moins, son milieu se trouvant à peu près à cheval sur la ligne qui joint l'épine iliaque à l'ombilic. On évitera, si ce n'est pas utile, de faire descendre son incision trop bas pour ne pas blesser les vaisseaux épigastriques.

2^o L'incision iliaque avec dissociation des muscles de la paroi ou incision de Mac Burney.

(1) Pour l'intervention dans les appendicites à chaud, voir V. Veau, *Pratique courante et chirurgie d'urgence*, 2^e éd., p. 81-88.

L'incision de Jalaguier donne à peu près autant de jour qu'on veut à condition d'agrandir son incision en conséquence. Il n'en est pas de même ici si l'on veut conserver le bénéfice de la dissociation musculaire.

Pour agrandir l'incision, on procédera comme il suit : l'inci-

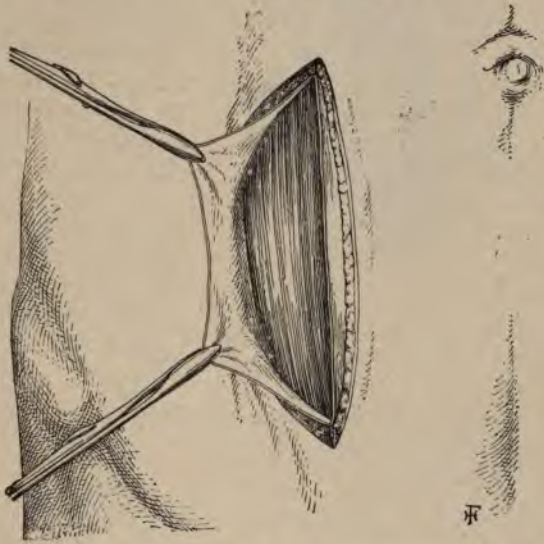


Fig. 121. — Résection de l'appendice. Incision du feuillet antérieur de la gaine du grand droit.

sion cutanée sera continuée en avant et en bas, mais en se recourbant de façon à devenir horizontale. L'aponévrose du grand oblique sera divisée suivant l'axe de la plaie cutanée, dût-on dans la partie interne l'inciser au lieu de la cliver. Si le bord externe du muscle droit a été ainsi mis à découvert, on l'isole et on le récline en dedans, on continue alors la dissociation des fibres du petit oblique et du transverse jusqu'en arrière du grand droit et on ouvre le péritoine dans l'étendue correspondante.

II. Recherche de l'appendice. — La paroi abdominale ouverte, il faut aller à la recherche de l'appendice, mais non pas à l'aveuglette avec les doigts fourrageant dans la pro-

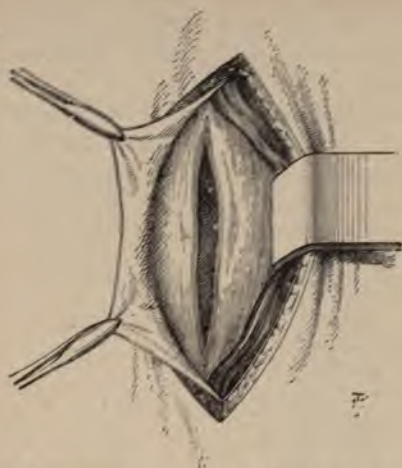


Fig. 122. — Incision du feuillet postérieur de a gainel du droit et du péritoine.

bandes longitudinales du cæcum s'unissent entre elles : ce point est situé peu au-dessous de l'abouchement de l'intestin grêle dans le cæcum.

Le cæcum étant donc attiré à l'extérieur, on recherche une des bandes longitudinales (en général l'antérieure se présente d'emblée aux regards), et l'ayant trouvée, on la poursuit par en bas jusqu'à son point de rencontre avec les deux autres; c'est là que se trouve certainement l'implantation de l'appendice. On l'y cherchera donc avec grand soin en s'aidant de la vue et du palper, et il est rare qu'on ne finisse pas par le trouver, soit libre, soit adhé-

fondeur de la cavité péritonéale. On commencera par voir et par attirer au dehors par la plaie le cæcum dont le fond peut ainsi se hernier facilement. En cherchant alors anatomiquement, il est aisé de trouver l'appendice lorsqu'il ne saute pas tout de suite de lui-même aux yeux. On se repérera sur cette particularité anatomique que l'implantation de l'appendice sur le cæcum se fait au point précis où les trois

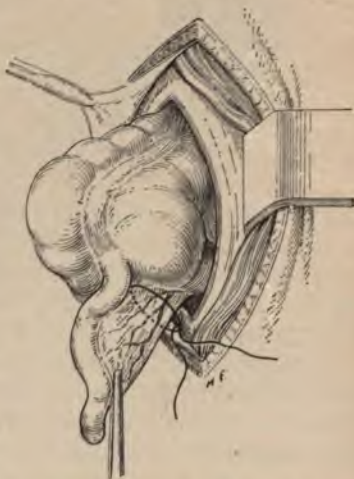


Fig. 125. — Ligature du méso-appendice.

rent à la paroi ou au cæcum. Lorsqu'il est adhérent à la paroi, avec le doigt ou les ciseaux mousses, on le décolle lentement, prudemment, sans force, jusqu'à ce qu'on l'ait entièrement libéré: cette libération doit se faire non pas à l'aveugle, mais en y voyant, car on peut ainsi ouvrir un petit abcès résiduel, qui, passé inaperçu, pourrait infecter toute la cavité péritonéale.

Lorsqu'il est adhérent au cæcum, il faut avec les ciseaux le sculpter en quelque sorte dans l'épaisseur même des parois cæcales, mais on aura

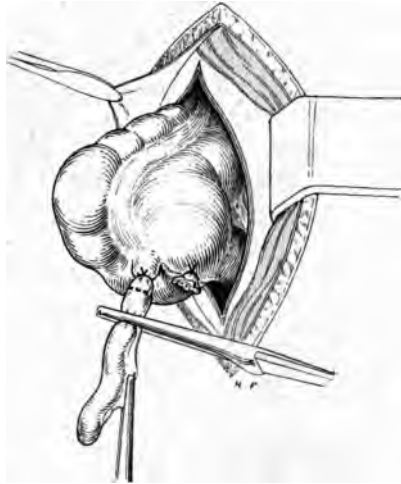


Fig. 121. — Le méso-appendice a été lié et sectionné. Ligature de l'appendice à sa base et tracé de sa section.

soin dans ce cas, avant de terminer l'opération, de rapprocher par quelques points de suture les bords de la perte de substance péritonéale pour éviter de laisser ainsi à nu une surface cruentée.

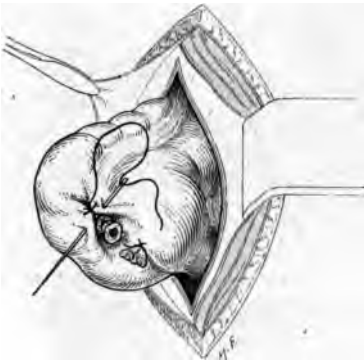


Fig. 125. — Commencement de la suture d'enfouissement du moignon appendiculaire.

III. Ligature et section de l'appendice — Avant de réséquer l'appendice, il faut le lier.

Pour cela on liera isolément le méso, puis l'appendice.

Avec une aiguille, on passe un fil dans l'épaisseur du méso, au ras de l'appendice, et tout près de son inser-

tion au cæcum; on lie ce fil et on coupe le mésentère au delà de la ligature.

Avec un fil un peu gros pour ne pas couper l'appendice généralement un peu friable, on lie l'appendice tout entier à un demi-centimètre de son implantation cæcale, puis à 1 centimètre environ plus loin on place une pince et on coupe l'appendice transversalement entre la pince et la ligature. La section se fait ordinairement au thermo-cautère, et on en profite pour cautériser et détruire la muqueuse du moignon d'appendice, en évitant bien entendu de brûler le fil.

L'opération pourrait s'arrêter là, mais il vaut mieux, comme toujours, ne laisser dans le péritoine aucun moignon cruenté qui n'ait été enfoui sous le péritoine. On enfouit donc le moignon du mésentère et le moignon de l'appendice en suturant par-dessus eux les débris péritonéaux du mésentère-appendice, ou le plus souvent en les enfouissant par une véritable suture musculo-séreuse dans l'épaisseur même de la paroi cæcale.



Fig. 126. — La suture d'enfouissement est terminée.

IV. Fermeture de la

paroi. — Dans le procédé de Jalaguier, on commence par suturer par un surjet le feuillet profond de la gaine du droit et le péritoine. On évitera autant que possible dans cette suture de percer avec l'aiguille les vaisseaux épigastriques dans le cas où on les rencontrerait à la partie inférieure de la plaie, car il se fait alors un hématome très ennuyeux qui gêne pour l'hémostase et la suture.

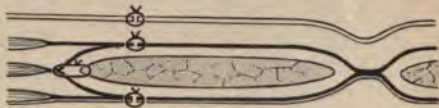


Fig. 127. — Schéma du mode de suture de la paroi. En haut, peau; en bas, péritoine, entre deux le muscle grand droit et les deux feuillets de sa gaine.

On laisse alors le muscle grand droit reprendre sa position normale, et on se contente, par 5 ou 4 points séparés, de fixer le bord externe du muscle, à la partie externe de sa gaine pour éviter qu'il ne se rétracte et ne découvre la ligne de suture postérieure.

Enfin on suture le feuillet antérieur de la gaine par un surjet et une dernière ligne de suture unit les deux lèvres de la peau.

Dans le procédé de Mac Burney, on ferme le péritoine par un petit surjet, puis on laisse revenir au contact les muscles petit oblique et transverse, sur lesquels on peut mettre un ou deux points en U, et on ferme l'aponévrose du grand oblique par un surjet ou quelques points séparés. On finit en suturant la peau.

A-t-on été obligé d'agrandir l'incision, on réunit de même tous les plans par une série de sutures, plus longues que dans le procédé type, en laissant le muscle grand droit reprendre sa place et fixant même au besoin son bord externe par un ou deux points.

CHAPITRE VII

RÉSECTION DU SEGMENT ILÉO-CÆCAL

La résection du segment iléo-cæcal, telle que nous allons la décrire, est très facile; mais il s'en faut le plus souvent qu'il en soit ainsi sur le vivant où des adhérences viennent compliquer et rendre pénible l'opération.

I. *Incision.* — Le plus souvent laparotomie latérale le long du bord externe du muscle grand droit; mais on peut aussi très bien utiliser une incision de laparotomie médiane sous-ombilicale. En tous cas, il faut que l'incision soit longue, descendant en bas jusque près de l'arcade crurale, remontant en haut jusque près des fausses côtes.

II. *Section de l'iléon.* — On commence par pratiquer les explorations d'usage; en particulier, on sectionnera le grand épiploon s'il est adhérent dans la région cæcale.

Puis l'iléon est sectionné à une certaine distance (10-12 cm.) du cæcum ou des lésions, si l'iléon lui-même est malade. Le mieux sera de l'écraser et de le sectionner ensuite : les



Fig. 128. — Section de l'iléon et fermeture des deux bouts. Tracé de l'incision du péritoine dans la fosse iliaque.

deux bouts se trouveront ainsi d'emblée fermés. On enfouira le bout oral, on laissera au contraire le bout anal simplement lié.

III. *Libération du cæcum.* — Dans le sillon que limitent en dehors le cæcum et la paroi latérale de l'abdomen, on incise le péritoine jusqu'au point où l'on jugera devoir sectionner en haut le colon ascendant : on prolonge cette incision au-dessous du cæcum sur la fosse iliaque.

On commence alors à décoller le cæcum de la fosse iliaque, point ordinairement délicat, car de bonne heure il s'établit des adhérences solides entre le cæcum et les organes de la fosse iliaque, si bien que leur séparation devient très pénible. Il y a surtout là deux organes qu'il faut autant que possible éviter de léser : c'est, d'une part, les vaisseaux iliaques et, d'autre part,

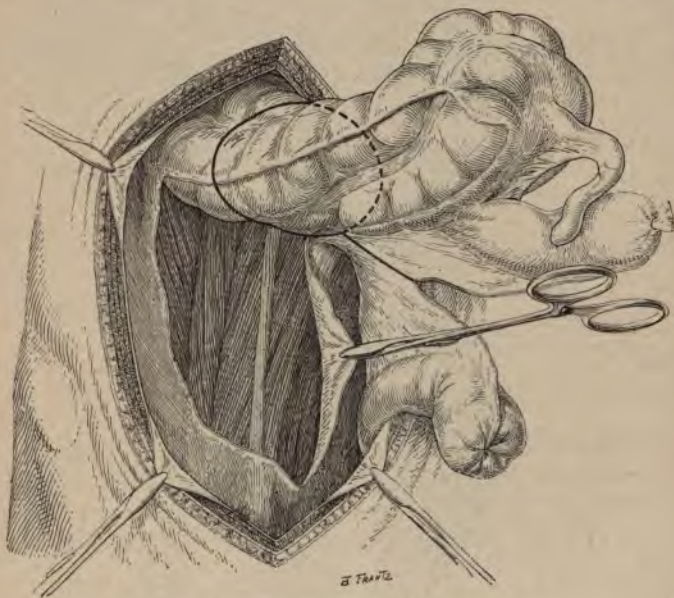


Fig. 129. — Décollement du cæcum de la fosse iliaque.
Tracé des incisions de résection.

l'uretère; on s'efforcera d'en séparer avec soin les lésions cæcales.

Le décollement du cæcum sera prolongé sur le mésentère aussi loin qu'on le jugera nécessaire, c'est-à-dire jusqu'au-dessus du point où se trouvent encore des lésions (ganglions) en rapport avec la lésion cæcale. Lorsqu'on jugera le décollement poussé assez loin en dedans vers le mésentère, en haut vers le côlon ascendant, on s'arrêtera.

IV. Section du côlon. — Alors on sectionnera transversale-

ment le côlon ascendant, soit aux ciseaux, soit mieux à l'écraseur, de façon que les deux bouts soient fermés; on aura soin ici d'enfouir le bout anal.

Prolongeant alors l'une vers l'autre les deux sections qui ont porté sur l'iléon et sur le côlon jusqu'à leur rencontre, on taille dans le mésentère un véritable coin qui est enlevé avec le *cæcum*.

V. Péritonisation. — Reste alors à rétablir la continuité de l'intestin et à remettre la fosse iliaque en état. Dans ce dernier



Fig. 150. — Reconstitution du péritoine de la fosse iliaque.

but, on décolle en dehors le péritoine pariétal de la paroi latérale de l'abdomen: on décolle de même en dedans le péritoine du petit bassin en ayant soin de bien le séparer de l'uretère pour éviter une coudure de celui-ci. On suture alors l'un à l'autre les deux lambeaux ainsi isolés qui viennent revêtir la fosse iliaque et évitent ainsi de laisser une vaste surface cruen-

tée à nu dans l'abdomen. A la partie supérieure de la suture,

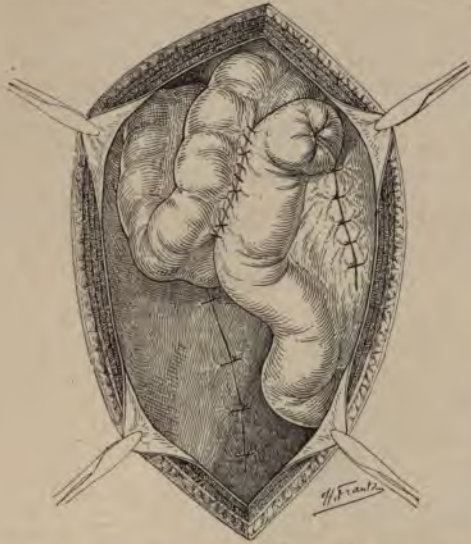


Fig. 151. — Anastomose de l'iléon et du côlon transverse.

on enfouit ainsi le moignon de la section du côlon ascendant.

Pour rétablir la continuité de l'intestin, on fera une entéro-anastomose entre l'iléon, près de sa terminaison et le côlon transverse ou l'S iliaque suivant qu'on le jugera plus commode.

CHAPITRE VIII

RÉSECTION DES CÔLONS

La résection des côlons se fait le plus souvent pour des cancers de ces organes. Presque toujours le malade est en état d'occlusion aiguë ou chronique : aussi est-il particulièrement dangereux de faire la résection en un temps avec rétablissement immédiat de la continuité de l'intestin. On devra faire l'opération en deux temps.

Si par bonheur on opérât à froid et dans des conditions particulièrement

bonnes, on pourrait pratiquer l'ablation en un temps. La résection se ferait alors comme toute résection intestinale.

A droite, on résèquerait toujours le côlon ascendant tout entier et le cæcum en terminant par une iléo-sigmoïdostomie. A gauche, on terminerait par une anastomose bout à bout des deux sections du côlon, plus rarement par une anastomose latéro-latérale.

Dans l'opération en deux temps, à cause du contenu particulièrement septique du gros intestin, surtout en cas de cancer, certaines précautions sont nécessaires. Il faut en particulier qu'autant que faire se peut toute l'opération se passe hors de l'abdomen.

I. Position. — La position à donner au malade variera selon le siège du segment à réséquer : pour le côlon pelvien, position inversée de Trendelenburg ; pour les angles hépatique

et splénique, hyperextension du tronc sur un billot lombaire.

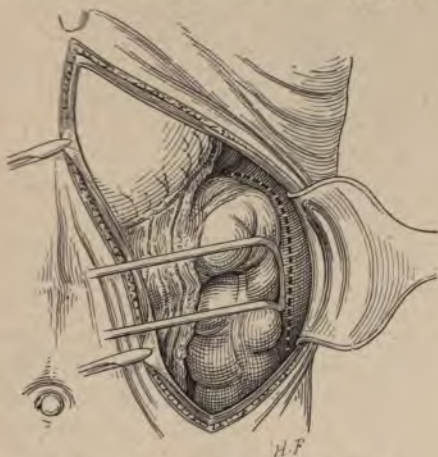


Fig. 132. — Résection des côlons (angle gauche).
Incision du péritoine postérieur.

II. Incision de la paroi.

— Comme il est nécessaire d'avoir beaucoup de jour pour explorer convenablement l'abdomen, on fera une longue incision, soit médiane (sus ou sous-ombilicale, avec ou sans débridement transversal),

soit oblique dans les fosses iliaques ou sous le rebord des fausses côtes ; on pourrait aussi avoir recours à l'incision de Kehr.

III. Mobilisation de l'anse à réséquer. — Dans les cas de cancer du côlon transverse ou du côlon pelvien, il est généralement facile d'attirer à l'extérieur la tumeur à réséquer à cause de la longueur et de la mobilité du méso de ces intestins. Mais il n'en est plus de même du reste des côlons : on peut cependant arriver au même résultat par diverses méthodes.

Pour les angles, il suffit de sectionner les ligaments et replis péritonéaux qui les fixent. Pour les côlons ascendant et descendant, on leur rend leur mobilité primitive en leur refaisant un méso : pour cela, avec le bistouri, on incise le péritoine pariétal dans le sinus ouvert en dehors que forme avec lui l'intestin ; on décolle le côlon de la paroi en utilisant le plan de clivage du fascia rétro-colique. Ce décollement se fait très rapidement et ne donne presque pas d'hémorragie.

Il va sans dire que, dans tous les cas, il faut libérer le segment intestinal à réséquer de toutes les adhérences pathologiques qu'il a pu contracter avec les organes voisins.

On attire à l'extérieur l'anse ainsi libérée et on s'assure qu'on a extériorisé de chaque côté de la tumeur une longueur suffisante d'intestin pour que la résection soit faite à bonne distance de la lésion.

Pour une tumeur du côlon ascendant ou de l'angle droit, la portion extériorisée devra toujours comprendre le cæcum et le côlon ascendant entier, la résection devant ici passer sur l'intestin grêle.

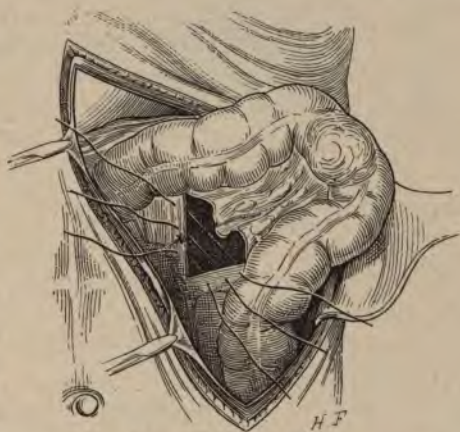


Fig. 155. — Résection du côlon (angle gauche).
Extériorisation de la tumeur et résection du mésocôlon.

IV. Fixation de l'intestin à la paroi. — L'anse à réséquer étant bien étalée, on fait dans son méso une résection cunéiforme : les deux incisions commenceront là où doit être sectionné l'intestin ; elles convergeront dans le méso de façon à permettre l'ablation de tous les ganglions au contact de l'intestin, sains ou non, sans nuire à la vascularisation de l'intes-



Fig. 154. — Résection du côlon (angle gauche).
Accolement des deux bouts en canons de fusil
et fermeture du péritoine.

tin qui doit rester. Immédiatement on fera l'hémostase de la tranche de section.

On réunit alors par un ou deux points de suture les extrémités de l'anse à réséquer pour éviter qu'il ne persiste un orifice dans lequel pourrait s'étrangler l'intestin. Puis on fixe les deux anses ainsi accolées au péritoine pariétal par un surjet circulaire séro-séreux et on achève de fermer le péritoine au-dessus et

au-dessous de cette fixation. On a soin de laisser le bout afférent notablement plus long que le bout efférent. On ferme ensuite de même les plans musculo-aponévrotiques et la peau.

V. Résection de la tumeur.

— Jusqu'ici l'opération a pu rester parfaitement aseptique, puisque l'intestin n'a pas encore été ouvert. Avec une pince écrasante, on écrase le bout

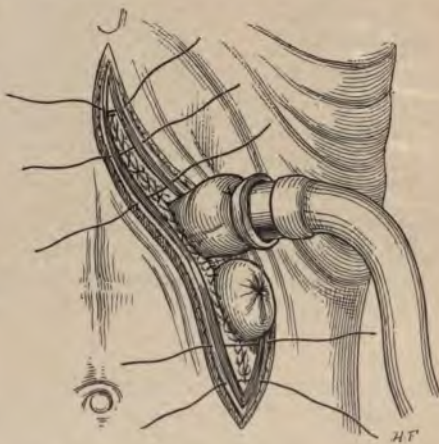


Fig. 155. — Résection du côlon (angle gauche). — Le bout anal a été enfoui après fermeture, le bout oral, après section est resté largement ouvert, mais a été lié sur un tube auquel est adapté un tuyau de caoutchouc. Il ne reste plus qu'à fermer la paroi.

inférieur au ras à peu près de la paroi abdominale ; on le lie, on le coupe et on enfouit le moignon.

Le bout supérieur est coupé entre deux pinces à quelque distance de la paroi : on introduit dans le bout afférent un gros tube muni d'un tube de caoutchouc qui permet l'écoulement continu des matières dans un récipient à distance de la plaie. On lie l'intestin sur ce tube et on attend qu'il tombe spontanément. A ce moment, il n'y a plus de danger de contamination de la plaie.

VI. *Rétablissement du calibre de l'intestin.* — Il persiste à la suite de la première opération un anus artificiel par lequel l'intestin se vide. Cet anus sera traité ultérieurement comme nous le dirons (p. 151) quand tous les phénomènes infectieux ou de toxémie dus à l'obstruction chronique auront disparu, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ.

CHAPITRE IX

ANUS ILIAQUE TEMPORAIRE

L'anus iliaque temporaire ou entérostomie est à peu près uniquement employé en cas d'occlusion intestinale⁽¹⁾ et presque toujours placé sur le cæcum : mais comme il doit toujours être placé au-dessus de l'obstacle à la circulation des matières, lorsque cet obstacle siège sur l'intestin grêle, c'est évidemment sur cet intestin même qu'il faut pratiquer l'anus.

Le chirurgien se place à droite de l'opéré : celui-ci sera anesthésié soit au chloroforme, soit au bromure d'éthyle, soit même à la cocaïne : l'opération n'est ni longue, ni très douloureuse.

I. *Incision.* — On pratique, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, une incision de 8-10 centimètres, perpendiculaire à la ligne étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic et dont le milieu correspond à

(1) Et même alors ce n'est qu'un pis-aller qui peut devenir nettement insuffisant dans quelques cas (volvulus, torsion) où il faudrait créer deux anus contre nature pour permettre l'évacuation de l'intestin.

cette ligne. La peau incisée, on tombe sur le grand oblique (fibres ou aponévrose) qu'on incise parallèlement à ses fibres, et au-dessous de lui on sectionne successivement le petit oblique, puis le transverse⁽¹⁾. On arrive sur le péritoine et, comme celui-ci est ordinairement en contact intime avec les anses intestinales distendues, on usera pour l'ouvrir des mêmes précautions que pour ouvrir le sac d'une hernie étranglée, pin-

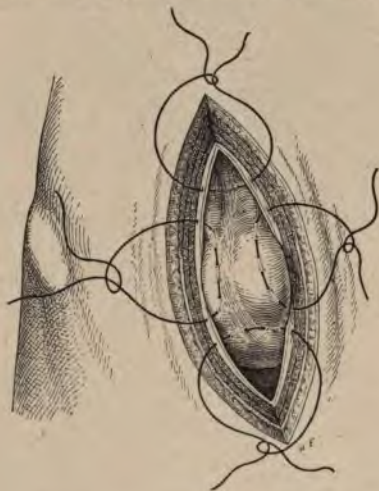


Fig. 136. — Fixation du cæcum à la paroi.

çant légèrement le péritoine et l'incisant en dédolant aux ciseaux, puis agrandissant l'incision aux ciseaux sur toute la longueur voulue. Le péritoine est repéré avec des pinces.

II. *Exploration et recherche du cæcum.*

— Le péritoine ouvert, des anses intestinales tendent à sortir par la plaie : on les maintient sous une compresse et avec deux doigts glissés dans l'abdomen, on

explore la cavité abdominale au pourtour de la plaie : on arrive ainsi quelquefois à trouver la cause de l'obstruction. Mais il ne faut pas perdre son temps à cette exploration et passer aussitôt à la recherche de l'anse à ouvrir.

On recherche d'abord le cæcum pour se rendre compte de son état : s'il est distendu, il viendra toujours de lui-même faire hernie dans la plaie ; on se contentera de s'assurer que c'est bien le gros intestin à ses trois caractères connus (bosselures, bandelettes longitudinales, appendices épiploïques). S'il ne fait pas saillie, il faut aller à sa recherche pour s'assurer qu'il est bien affaissé.

(1) On pourrait aussi avoir recours ici au procédé de dissociation musculaire surtout applicable à l'anus définitif.

Pour cela, on glisse un ou deux doigts sous la lèvre externe de l'incision, de façon à suivre le péritoine pariétal jusqu'au point où il se réfléchit sur la fosse iliaque, puis le péritoine iliaque jusqu'à ce qu'on soit arrêté : or, ce qui arrête, c'est l'insertion à la paroi abdominale postérieure du cæcum et du côlon ascendant ; il suffit donc d'amener à l'extérieur le viscère que l'on sent.

Si le cæcum est flasque, on recherchera à sa face interne la terminaison de l'iléon et on remontera peu à peu le long de celui-ci jusqu'à ce qu'on rencontre l'obstacle, et l'on placera l'anus au-dessus de lui. Mais cela est le plus ordinairement impos-

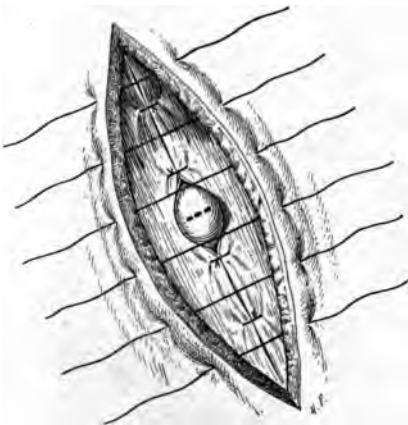


Fig. 137. — Suture de la paroi abdominale.
Tracé de l'incision sur le cæcum.



Fig. 138. — La suture est terminée. Ouverture de l'intestin et suture muco-cutanée.

sible et l'on sera obligé d'aboucher à la peau la première anse dilatée d'intestin grêle qui se présente dans la plaie, risquant ainsi d'ouvrir une anse située tout près de l'angle duodéno-jéjunal et de voir l'opéré succomber rapidement par inanition.

III. Fixation de l'intestin à la peau. — Le cæcum est attiré dans la plaie sous forme d'un cône dont la base est fixée au péritoine par quatre ou six points en U non perforants placés à

droite et à gauche, en haut et en bas, à l'aide d'une fine aiguille courbe.

Le reste de l'incision péritonéale est alors refermé au-dessus et au-dessous par un surjet ou quelques points séparés.

On fixe ensuite le sommet du cône à l'aponévrose du G. O. par quatre points en U non perforants placés aux quatre points cardinaux, puis on ferme le reste de l'incision musculaire par une série de points séparés embrassant les trois couches musculaires de la paroi.

Il ne reste plus qu'à suturer la peau dans toute l'étendue de l'incision sauf au point où l'on va placer la bouche. On fait alors à l'intestin une petite ponction au bistouri et, par quelques fils, on suture la muqueuse à la peau.

On aura soin de faire une ponction très petite pour permettre à l'anus de se fermer spontanément, si la circulation des matières se rétablit dans l'intestin : elle sera toujours suffisante, puisque au niveau du cæcum les matières sont encore liquides et peuvent ainsi s'écouler facilement au dehors.

CHAPITRE X

ANUS ILIAQUE DÉFINITIF

L'anus iliaque cæcal peut toujours être un anus temporaire ; car si le cours des matières ne se rétablit pas normalement, on peut toujours, par une anastomose bien choisie, le rétablir artificiellement et laisser ainsi l'anus cæcal se fermer. Au contraire, l'anus établi sur le côlon ilio-pelvien est souvent un anus définitif, surtout lorsqu'il est établi, ce qui est fréquent, pour un cancer inopérable du rectum.

Lorsqu'on se résout de parti pris à faire un pareil anus, il faut lui faire remplir deux conditions : la dérivation complète des matières et la continence. La première exige la formation d'un éperon, la seconde demande un orifice petit, situé en deçà de l'égeron et autour de la branche afférente, autant que possible, un anneau contractile servant de sphincter. On satisfait à toutes ces conditions par le procédé de dissociation des muscles de la paroi.

Le malade est endormi au chloroforme ou au bromure d'éthyle, car l'opération est de courte durée ; au besoin l'anesthésie locale à la cocaïne est suffisante chez les sujets affaiblis.

1. *Incision de la paroi*¹. — On fait à un travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure une incision de 10 centi-

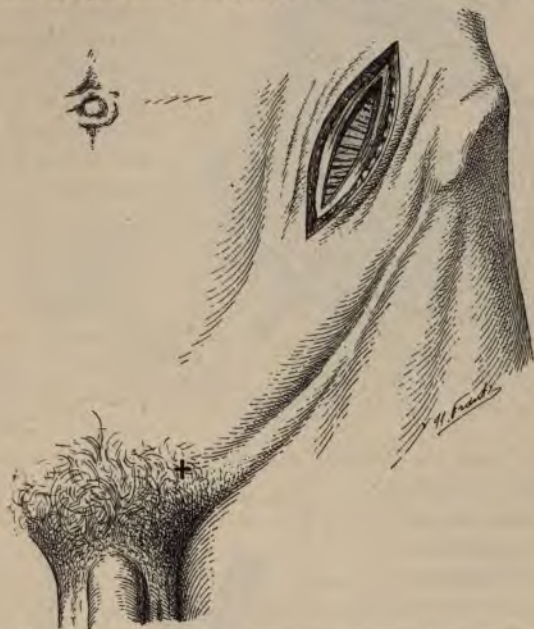


Fig. 159. — Anus iliaque. Tracé de l'incision et incision du grand oblique.

mètres oblique en bas et en dedans juste à cheval sur la ligne qui va de l'ombilic à l'épine iliaque. Les fibres du grand oblique sont dissociées à la sonde cannelée, puis les ayant écartées, on dissocie de même celles du petit oblique et du transverse et on ouvre le péritoine.

II. *Recherche de l'anse*. — Le péritoine ouvert, on va à la recherche de l'S iliaque. Mais pour le trouver sûrement et facilement, et ne pas ramener à sa place une anse d'intestin grêle, il faut procéder non pas au hasard, mais anatomiquement. On glisse l'index gauche sous la lèvre externe de l'incision, et il suit le péritoine pariétal jusqu'à sa réflexion sur la fosse iliaque, puis le péritoine iliaque jusqu'à ce qu'il soit arrêté. Or, ce qui arrête, c'est la portion iliaque de l'anse oméga ou son méso.

(1) Pour les détails, voir p. 6.

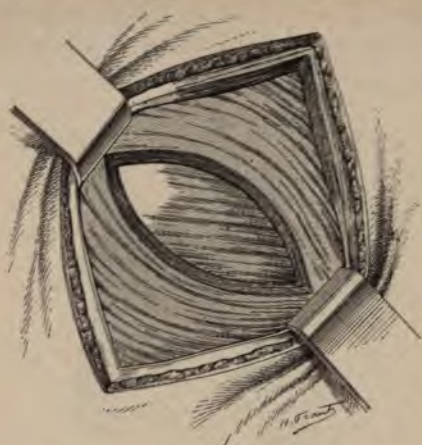


Fig. 140. — Division du petit oblique.

Il suffit d'attirer cette anse au dehors ; c'est toujours la bonne. On reconnaîtra que c'est bien le côlon pelvien à ses trois caractères : bosselures, bandes longitudinales, appendices épiploïques.

Il est ordinairement facile d'amener l'anse dans la plaie : cependant, dans les cas où le méso est particulièrement court, il faut aller

chercher dans l'excavation une anse pourvue d'un méso, qui se laisse amener à l'extérieur de la plaie. Si, exceptionnellement, aucune anse ne peut être amenée au dehors, on déchire le péritoine iliaque au-dessous de l'intestin qu'on décolle et qu'on attire ensuite au dehors. Cette petite manœuvre ne donne qu'un suintement sanguin insignifiant s'arrêtant sans ligature.

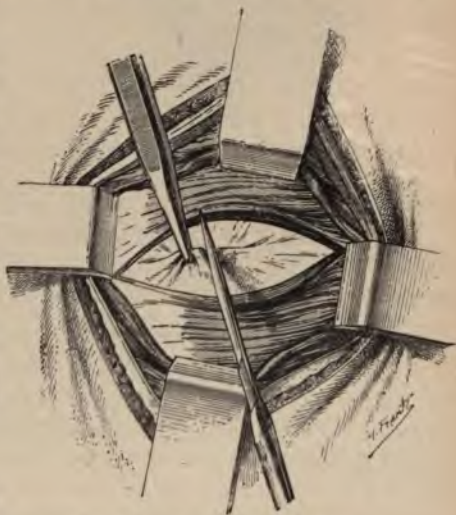


Fig. 141. — Les trois muscles larges de l'abdomen ont été divisés. Incision du péritoine.

III. Fixation de l'anse. — L'anse étant fortement attirée au dehors, on saisit l'intestin entre

le pouce et l'index gauches : puis, avec

une pince de Kocher fermée, on transfixe le méso, en s'assurant, avant de le perforer, qu'on est bien sur le méso et non sur l'intestin.

La pince est alors ouverte et ramène à travers le trou ainsi fait un rouleau de gaze iodoformée. Pour éviter qu'une anse plus



Fig. 142. — Manière de traiter l'anse intestinale herniée. Tracé de l'incision de l'intestin. On a omis le point en U à l'extrémité inférieure de l'anse.

longue ne sorte par la plaie au moment des efforts, il faut placer aux deux extrémités de l'incision péritonéale 1 ou 2 points en U qui fixent la base de l'anse à ces extrémités. Mais il est inutile d'en faire davantage.

On tamponne alors avec un peu de gaze entre l'anse ainsi extériorisée et les bords de la plaie. Puis le tout est recouvert d'un pansement.

IV. Ouverture de l'intestin. — *Ouverture retardée.* — Elle sera faite au bout de 48 heures environ.

On enlève le pansement et, sans anesthésie, car l'intestin est complètement insensible à la cautérisation, à l'aide du thermocautère au rouge sombre, on sectionne longitudinalement, dans une étendue très petite (2 centimètres au plus), l'intestin au niveau de la bandelette longitudinale autant que possible, mais en tous cas, sur le bout afférent de l'anse sortie, en deçà par conséquent de l'éperon.

L'intestin est recouvert d'un pansement de gaze stérilisée humide.

La gaze qui sert au tamponnement est enlevée le 6^e ou 7^e jour; le rouleau qui transfixe le méso le 10^e jour. Pour cela, comme la partie du rouleau située sous l'intestin est, par la compression qu'elle a subie, plus mince que les extrémités, on attire légèrement en haut et en dehors la mèche de gaze, on la sectionne

au niveau de la partie rétrécie et l'on tire le reste du côté opposé.

Ouverture immédiate. —

Lorsqu'on ne peut attendre pour ouvrir l'intestin (occlusion aiguë par cancer du rectum par exemple), on fera l'opération comme précédemment; seulement on modifiera certains temps comme il suit. Après avoir attiré à l'extérieur l'anse d'S iliaque, au lieu de la transfixer par un rouleau de gaze, on la fixe au péritoine pariétal. Pour cela on place 4 points en U ou plus, de la façon suivante. Aux deux extrémités de la plaie, à la base de l'anse, on réu-

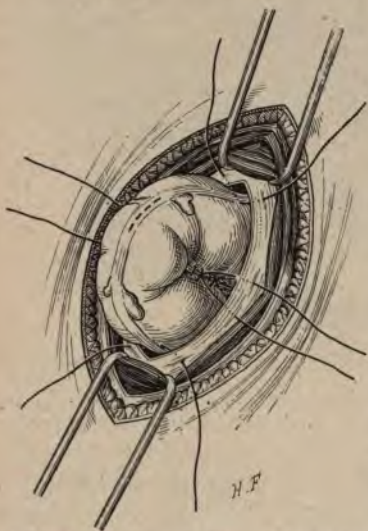


Fig. 443. — Fixation de l'anse à la paroi et tracé de l'incision de l'intestin.

nit le péritoine pariétal à l'intestin par deux points en U non perforants, l'un en haut sur le bout afférent, l'autre en bas sur le bout efférent.

On place deux autres points sur les parties latérales, l'un en dedans, l'autre en dehors, chacun d'eux traversant d'abord le péritoine, puis l'une des faces latérales de l'intestin près de son insertion mésentérique d'abord sur le bout efférent près de sa base, puis sur le bout afférent également près de sa base, enfin de nouveau le péritoine pariétal.

Lorsque ces fils seront serrés, non seulement on aura appliqué l'intestin au péritoine pariétal, mais encore on aura accolé en canon de fusil les deux moitiés de l'intestin.

De même pour terminer, on suturera l'intestin à la peau à l'aide d'une série de fils qui prendront toute l'épaisseur de l'in-

testin d'une part et la peau d'autre part. On suturera le reste de l'incision cutanée.

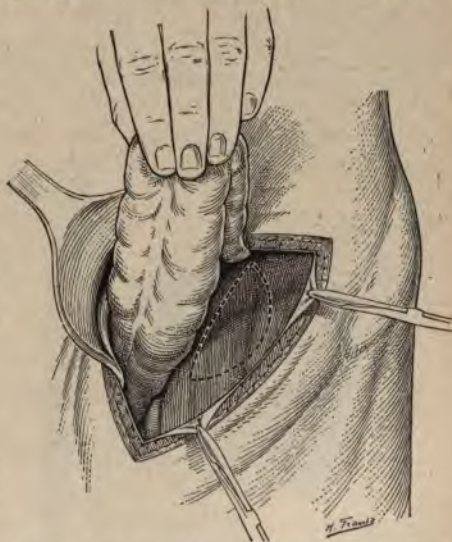
Par là on laissera l'intestin se vider à l'extérieur sans crainte d'inoculation de la paroi et du péritoine. L'accolement des deux bouts en canon de fusil en fait un anus à éperon, c'est-à-dire définitif, et d'autre part la simple dissociation des muscles de la paroi fait que l'an us est muni d'un véritable sphincter.

CHAPITRE XI

COLOPEXIE .

La colopexie a pour but de fixer le côlon à la paroi abdominale pour l'empêcher de se prolaber soit dans un sac herniaire, soit à travers l'an us. C'est presque toujours pour prolapsus rectal que cette opération est pratiquée; aussi la colopexie porte-t-elle presque constamment sur le côlon pelvien. (Voir Ch. Lenormant. *Revue de Chirurgie*, 1907) ⁽¹⁾.

I. Incision. — Le malade étant placé en position déclive à 30° environ, on pratique dans la fosse iliaque gauche



(1) Dans les cas compliqués de rectite, il peut être utile de pratiquer un anus iliaque pour traiter la complication; la colopexie terminée par la formation d'un anus artificiel porte alors le nom de colopexotomie. Cette opération se pratiquera comme pour la création d'un anus gauche (voir p. 144) à cette différence près qu'il faudra d'abord réduire le prolapsus par traction et qu'ensuite on aura soin de fixer dans la plaie la partie la plus inférieure du côlon pelvien.

Fig. 144. — Colopexie. Le côlon est attiré dans la plaie de façon à réduire le prolapsus; en pointillé, le segment du péritoine qui sera excisé.

une incision de 12 centimètres, oblique en haut et en dehors,

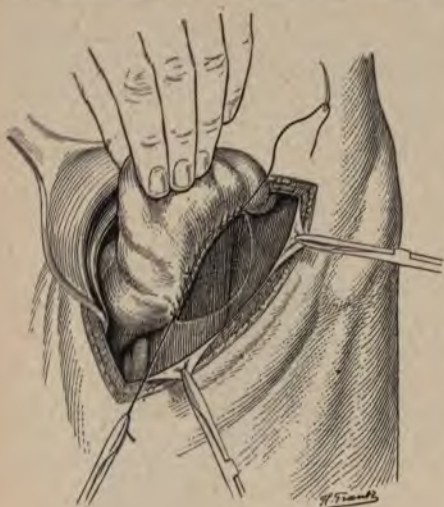


Fig. 145. — Colopexie. Suture du côlon à la lèvre interne du péritoine iliaque.

parallèlement et à un bon travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope : commençant vers le milieu de cette arcade, elle se termine un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. On incise la peau, l'aponévrose du grand oblique, puis les muscles petit oblique et transverse : on ouvre enfin la cavité péritonéale, les 2 lèvres du péritoine étant repérées avec des pinces.

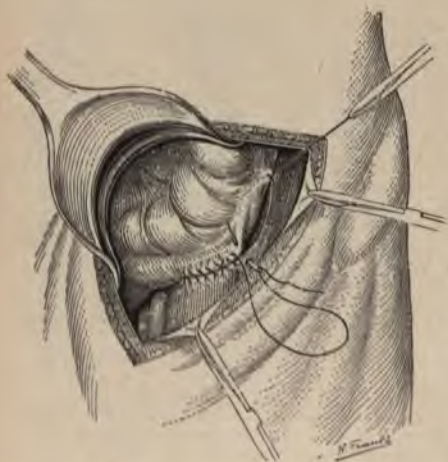


Fig. 146. — Colopexie. Suture du côlon à la lèvre externe de la plaie du péritoine iliaque.

II. Recherche du côlon. — On place une grande valve sur la lèvre interne de l'incision pour y bien voir. Explorant le petit bassin, on a vite fait de ramener le côlon pelvien. Si on ne le trouve pas, il n'y a qu'à le chercher méthodiquement, trouvant d'abord le côlon iliaque comme nous l'avons dit, et dévidant ensuite ce côlon vers en bas.

Le côlon est amené dans la plaie et tiré sans violence, mais avec une force modérée et continue vers l'angle supérieur de la plaie. Cette traction doit être telle que le prolapsus soit entièrement réduit et que l'anus, attiré vers la profondeur, prenne un aspect infundibuliforme. Le côlon pelvien se porte alors en ligne droite de la plaie au rectum sans décrire de flexuosités dans le petit bassin. Ayant reconnu le point qu'on doit fixer, c'est-à-dire la partie la plus inférieure du côlon pelvien, on l'attire aussi haut que possible dans la fosse iliaque interne; on l'y dispose au contact de la paroi pelvienne latérale, son bord libre en dehors, comme normalement, en évitant toute couture.

III. Fixation du côlon. — Au point choisi, on dissèque et on résèque un lambeau de péritoine pariétal long de 8 à 10 centimètres, large de 4 à 5 centimètres, à grand axe oblique en haut et en dehors.

Amenant alors le côlon au contact de cette surface dépéritonisée, on fait un premier surjet réunissant le bord mésentérique de l'intestin à la tranche péritonéale interne de la surface avivée. On laisse le côlon revenir au contact de la surface avivée et on fixe par un nouveau surjet le bord libre du côlon à la tranche péritonéale externe, en chargeant ici profondément pour prendre avec le péritoine le fascia iliaca et les fibres superficielles du muscle iliaque.

On termine par une reconstitution exacte des divers plans de la paroi abdominale antérieure.

CHAPITRE XII

FERMETURE DE L'ANUS ARTIFICIEL

Les anus artificiels iliaques, d'origine chirurgicale, sont ordinairement de guérison très facile le plus souvent l'anus se ferme spontanément lorsque la circulation des matières reprend son cours normal. Lorsque la fermeture ne se fait pas assez vite, on peut l'activer en avivant et en suturant les bords de l'ouverture. Il en est autrement dans la plupart des autres anus et une opération est généralement nécessaire pour les fermer.

Soins préliminaires. — Après avoir nettoyé comme d'habitude la paroi abdominale, on ferme l'anus par un surjet à la soie, ce qui permet de pratiquer de nouveau une désinfection à fond de la paroi et d'éviter toute issue de matières au cours de l'opération.

Libération de l'anus artificiel. — On circonscrit alors l'orifice anal par deux incisions courbes se rejoignant par leurs extrémités. Après la peau, on incise de même les muscles et on ouvre la cavité péritonéale. On peut alors attirer au dehors l'anse sur laquelle était placée l'anus, dont le pourtour lui reste adhérent.

Fermeture de l'anus. — Elle diffère un peu suivant qu'on a à faire au gros intestin ou à l'intestin grêle.

Sur le gros intestin, par suite de son calibre, on peut presque toujours se contenter de pratiquer une suture intestinale, surtout s'il s'agit d'un anus chirurgical. On avive donc les bords de l'anus et on les ferme par un double surjet, l'un total perforant, l'autre musculo-séreux d'enfouissement. Autant que possible, les surjets seront faits parallèles à l'axe de l'intestin.

Sur l'intestin grêle, on peut avoir recours au même procédé, mais ici à cause du faible calibre de l'intestin, il n'est de mise que quand l'anus est de dimensions très restreintes. Sinon il faut pratiquer une résection de l'anse qui porte l'anus, puis réunir les deux bouts par une entérorraphie circulaire ou latérale.

Dans les cas où on pourrait craindre d'ouvrir la cavité péritonéale, on peut se contenter d'inciser comme précédemment la peau et les muscles, sans ouvrir le péritoine, avivant alors les lèvres de l'anus, on suture ces lèvres entre elles, puis, par-dessus cette suture, on réunit les muscles et la peau. Il est bon de drainer, car il se développe souvent de la suppuration de la paroi.

QUATRIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR LE RECTUM ET L'ANUS⁽¹⁾

CHAPITRE PREMIER

RÉSECTION DES HÉMORROÏDES

Peu d'hémorroïdes nécessitent une intervention. En cas de paquets isolés, l'extirpation partielle est la méthode de choix : en cas d'hémorroïdes ulcérées, on aura recours à la cautérisation au thermo-cautère ou mieux à la volatilisation avec les pinces-cautères de Richet. Au contraire, s'il s'agit d'hémorroïdes non ulcérées avec prolapsus circonférentiel, la résection devient le procédé de choix ; c'est une opération simple, mais qui peut amener des accidents graves quand elle n'est pas correctement exécutée.

Le malade à opérer aura dû être préparé de façon à ce que son intestin soit vide ; depuis la veille au soir, on l'aura constipé.

La position utilisée pour l'opération est la position ordinaire de la taille.

1. *Dilatation du sphincter.* — La dilatation peut se faire avec les doigts ou avec des instruments particuliers dont le spéculum de Trélat est le plus connu en France.

Lorsqu'on pratique la dilatation avec les doigts, on introduit successivement les deux pouces dans l'anus : il est bon pour éviter de se salir les mains, de les ganter pour pratiquer la dilatation. Puis on écarte les deux pouces progressivement et avec force, mais lentement et sans brutalité pour ne pas déchirer le sphincter. On s'arrêtera lorsque latéralement on sera presque arrivé au contact des tubérosités ischiatiques, et que d'avant en arrière on aura presque atteint le sommet du coccyx.

Quand on dilate avec le spéculum, il faut user de la même prudence, dilater d'abord peu à peu dans les diverses directions et ne pousser la dilatation à ses extrêmes limites qu'au fur et à mesure que le sphincter cesse de résister. En tous cas il ne faut

(1) Pour les petites opérations sur le rectum et l'anus (Résection partielle des hémorroïdes, abcès et fistules à l'anus) ou le traitement de l'imperforation anale, voir le volume de V. Veau, de cette même collection : *Pratique courante et chirurgie d'urgence*, 2^e éd., p. 118-152.)

jamais user de violence sous peine de le rompre. La dilatation



Fig. 147. — Dilatation de l'anus.

achevée, on voit la muqueuse et les hémorroïdes internes prolaber en dehors.

II. Incision. — Après avoir saisi les paquets hémorroïdaires avec quelques pinces de Kocher, on pratique au bistouri une incision circulaire aux confins de la muqueuse et de la peau; tout au plus, quand la peau est altérée en ce point, peut-on reporter l'incision un peu plus en dehors, mais jamais au delà de quelques millimètres; on risquerait sans cela d'avoir ultérieurement un prolapsus muqueux.



Fig. 148. — Résection des hémorroïdes. Tracé de l'incision.

Pour faire cette incision, on aura soin de bien tendre la peau flasque et mobile et on commencera par inciser la demi-circonférence postérieure pour éviter d'être gêné par le sang dans le reste de l'incision. Rarement cette incision donne lieu à une hémorragie un peu importante.

III. Dissection du manchon muqueux ano-rectal. — Par l'incision cutanée, il est facile de pénétrer dans la couche sous-muqueuse habituellement lâche et décollable.

On se porte de suite au sphincter externe qu'on reconnaît à son bord inférieur nettement limité et à ses fibres demi-elliptiques d'aspect rougeâtre.

On dissèque sa face interne : pour cela, le mieux est de se servir de ciseaux courbes qu'on utilise comme instrument mousse, ou comme instrument tranchant pour sectionner les quelques adhérences qui peuvent relier la muqueuse aux plans sous-jacents, en ayant soin de couper sur la muqueuse même.

La dissection de la muqueuse d'avec les plans sous-jacents est facile à condition de bien rester dans la sous-muqueuse, l'instrument mousse suffit à permettre de la pousser aussi loin qu'on veut. Tant qu'on reste bien dans le bon plan, l'hémorragie est à peu près nulle : elle ne devient abondante que si l'on s'égare dans la muqueuse ou dans la musculuse. En général il n'y a pas à s'occuper de cette hémorragie, mais si l'on s'aperçoit qu'en un point un vaisseau important a été coupé, on applique une pince et on fait une ligature au catgut.

On doit ainsi disséquer toute la muqueuse malade ; mais il ne faut pas se contenter de s'arrêter quand on a rencontré la muqueuse saine dont la coloration rosée tranche sur la teinte violacée de la muqueuse malade, il faut poursuivre la dissection bien au-dessus de cet endroit (5-4 centimètres au moins). On a ainsi le grand avantage d'obtenir un abaissement plus facile de la muqueuse et de moins exposer la ligne de suture aux tiraillements dus à la rétraction et par là d'éviter une désunion d'où plus tard un rétrécissement.

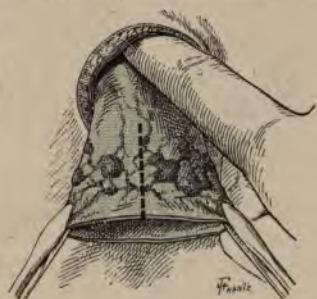


Fig. 149. — Dissection du manchon muqueux. En pointillé, l'incision médiane antérieure de la muqueuse.

IV. Excision et suture. — Le point difficile dans ce temps, c'est que la circonférence de la muqueuse rectale au point où on va la suturer à la peau de l'anus est plus grande que la circonférence de la plaie cutanée : l'affrontement des deux sections ne peut donc se faire qu'à l'aide de fronces qu'il faut répartir également pour éviter d'avoir en un point

un pli énorme. Aussi faut-il établir un ou plusieurs points de



Fig. 150. — Le manchon muqueux a été incisé sur la ligne médiane antérieure et suturé à la peau de l'anus ; en pointillé, l'incision médiane postérieure.

bien ce manchon, on fait aux ciseaux sur la ligne médiane antérieure une incision longitudinale qui, commençant au bord libre du cylindre, se prolonge en haut jusqu'au point où on veut sectionner la muqueuse, c'est-à-dire jusqu'au-dessus de la muqueuse malade.

Au sommet de l'incision on passe un fil qui réunit la muqueuse à la peau de l'anus bien exactement sur la ligne médiane.

On répète la même manœuvre en arrière : incision médiane postérieure et point de suture muco-cutané juste sur la ligne médiane.

Le manchon muqueux se trouve ainsi divisé en deux valves latérales fixées à la peau par les extrémités de leur base.

suture qui jalonnent toute la ligne de suture. En outre, une fois sectionnée, la muqueuse rectale va tendre à remonter dans l'ampoule : pour l'abaisser on serait donc obligé de l'attirer avec des pinces, ce qui est détestable et risque d'amener du sphacèle de la muqueuse au point contus.

Pour éviter ces deux difficultés, on opérera de la façon suivante :

La muqueuse anale libérée se présente sous forme d'un manchon cylindrique pendant hors de l'anus. Étalant

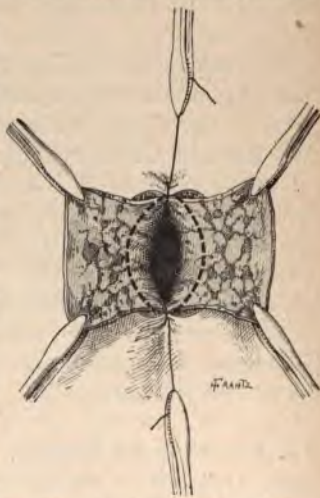


Fig. 151. — Les deux incisions médianes ont été pratiquées. En pointillé, ligne d'incision des deux valves de muqueuse.

Alors successivement on sectionne franchement aux ciseaux chacune des valves transversalement à sa base, et aussitôt on pratique la suture muco-cutanée, en plaçant le premier point au milieu des faces latérales et les autres successivement au milieu des distances qui séparent les autres points : il est ainsi plus commode d'affronter les deux surfaces.

Après avoir suturé une des moitiés, on passe à l'autre moitié qu'on rêsèque et qu'on suture à son tour.

En général, on n'a ainsi qu'une hémorragie peu considérable, s'arrêtant par la suture : si toutefois on avait coupé un vaisseau dont le calibre semblât considérable, il n'y aurait pas à hésiter à le lier après l'avoir pincé.

Les sutures seront faites avec une aiguille à suture moyenne (aiguille de Reverdin pour sutures intestinales) et avec du catgut moyen (n° 2 environ). Il faut éviter les fils trop fins qui se résorbent trop vite, et ne s'opposent pas assez longtemps à la traction du bout supérieur ; il faut aussi éviter les fils trop gros, car il est utile de faire de nombreux points de suture, par conséquent il faut restreindre autant que possible les délabrements qu'on fera à la muqueuse.

Les fils devront être passés directement de la muqueuse à la peau sans prendre aucun autre tissu intermédiaire : mais on devra passer les fils tout près de la tranche de section sur la peau et à quelque distance au contraire (5 millimètres environ) sur la muqueuse pour que le fil ne coupe pas.

Après réunion muco-cutanée, l'opération est terminée : il n'y a plus qu'à faire le pansement.



Fig. 152. — Suture du manchon muqueux à la peau.

CHAPITRE II

EXTIRPATION PÉRINÉALE DU RECTUM

Le malade est couché au bout de la table, le bassin surélevé par un coussin ; les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses repliées sur l'abdomen tendent la peau du périnée. L'opéra-

leur est assis devant l'opéré, un aide à sa droite, un aide à sa gauche.

1. **Fermeture du rectum.** — Le plus grand danger de l'opération étant la septicémie par inoculation du contenu rectal aux tissus environnants, on doit s'efforcer de l'éviter en extirpant le rectum comme une poche septique.

Pour cela, après cautérisation au thermocautère de la muqueuse anale, un fil de soie solide est faufilé dans la peau tout autour de l'anus, puis noué de façon à fermer en bourse l'anus : les deux chefs ne sont pas coupés, mais conservés pour servir à tirer sur le rectum.



Fig. 133. — Fil de soie faufilé autour de l'anus.

II. **Incision de la peau.** — La peau est incisée sur la ligne médiane : en avant l'incision commence à quelques centimètres en avant de l'anus ; en arrière elle suit le sillon interfessier et remonte jusqu'au niveau de l'articulation sacro-coccygienne : dans ces deux portions, elle ne devra intéresser que la peau. Au

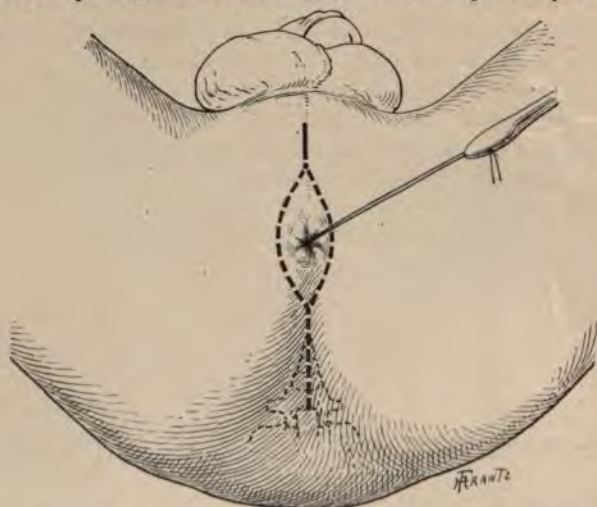


Fig. 134. — Le fil a été serré et sert de tracteur. Tracé de l'incision cutanée.

niveau même de l'anus, l'incision circonscrit ainsi un véritable

quartier d'orange de peau passant de chaque côté à 2 centimètres en dehors de l'anus, d'avantage même si l'anus et la peau environnante étaient envahis : ici on incise profondément la graisse des fosses ischio-rectales jusqu'à ce qu'on aperçoive les fibres rougeâtres obliques en bas et en dedans des deux releveurs de l'anus.

III. *Dénudation de la face antérieure du rectum* ⁽¹⁾. —

Ce temps est un des plus délicats de l'opération, mais nous croyons néanmoins qu'on a exagéré notablement ses difficultés. C'est qu'il existe là deux adhérences du rectum aux organes voisins : une superficielle au niveau du centre périnéal là où s'entrecroisent les fibres du sphincter externe, transverse superficiel, bulbo-caverneux et les fibres internes des releveurs, et une profonde au niveau du coude antérieur qui

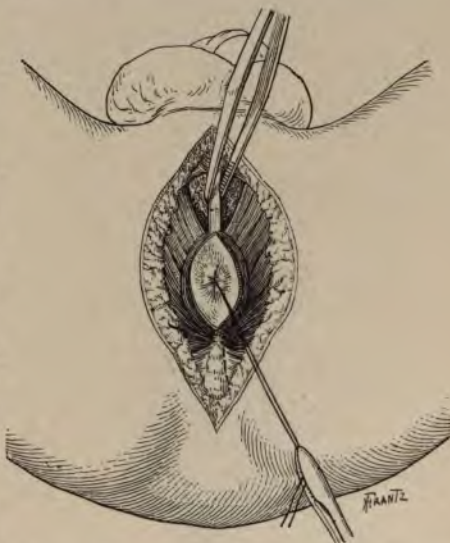


Fig. 153. — L'incision a mis à nu sur les côtés les deux releveurs de l'anus. Isolement et section de la bandelette recto-urétrale.

sépare l'anus du rectum, reliant ce coude au bord postérieur du diaphragme urogénital (Muscle recto-urétral).

La première adhérence est facile à sectionner aux ciseaux ou au bistouri après qu'on l'a bien reconnue, à 2 centimètres environ en avant de l'anus : il est alors facile de récliner en arrière l'anus et son sphincter. Si la graisse du creux ischio-rectal a été incisée à fond jusqu'aux releveurs, on voit alors se tendre

(1) On peut tout aussi bien intervertir l'ordre, commencer par dénuder la face postérieure du rectum pour ne passer qu'ensuite à la face antérieure.

sur les côtés les bords inférieurs de ces deux muscles comme deux cordes qui s'engagent en avant sous le diaphragme urogénital. On les isole rapidement à la sonde cannelée, on effondre le tissu cellulaire immédiatement en dedans d'eux et on isole ainsi le muscle recto-urétral sous forme d'un tractus médian résistant allant du sommet de l'anus au plancher urogénital. Il ne reste plus qu'à le sectionner au bistouri au ras du bulbe urétral en évitant de diriger le tranchant en arrière pour ne pas blesser le cap rectal très proéminent à ce niveau.

L'espace décollable prérectal se trouve ainsi ouvert; l'anus se mobilise, entraînant en arrière avec lui les deux releveurs. Rien n'est plus facile alors que de décoller le rectum en arrière de la prostate en avant jusqu'à ce qu'on ait atteint le



Fig. 136. — Manière d'isoler et de sectionner les releveurs.

fond du cul-de-sac de Douglas. On se trouve dans une loge dont les deux parois sont luisantes et polies, comme recouvertes par une séreuse : c'est la bonne zone de décollement : l'hémorragie est nulle. Si le décollement se fait trop en arrière entre la musculature rectale et l'aponévrose qui la recouvre ou même en pleine musculature, on s'en aperçoit vite, car le décollement est difficile.

les surfaces décollées n'ont pas l'aspect lisse et séreux et enfin le décollement saigne abondamment. Il faut alors se reporter en avant pour trouver le bon plan de clivage.

IV. *Décollement de la face postérieure du rectum.*

— Se portant alors en arrière au niveau du coccyx, on incise

aux ciseaux les tissus qui viennent s'insérer au sommet et sur les parties latérales de cet os, puis on isole sa face antérieure et d'un coup de forts ciseaux on résèque le coccyx en le sectionnant au niveau de son articulation avec le sacrum. On introduit alors la main dans la concavité sacrée et avec elle on rugine en quelque sorte la face antérieure du sacrum, en en décollant tout ce qui se trouve en avant d'elle, c'est-à-dire le rectum, sa gaine fibreuse, et les vaisseaux sanguins et lymphatiques qui lui arrivent. On fait remonter ce décollement aussi haut qu'on peut, jusqu'au niveau du promontoire.

Le rectum se trouve alors complètement libéré en avant et en arrière: il ne tient plus que sur les parties latérales.

V. *Libération du rectum.* — Pour permettre au rectum de s'abaisser, il faut couper successivement, au fur et à mesure qu'elles se tendent, toutes les brides qui l'empêchent de descendre.

On coupe tout d'abord les releveurs: pour cela introduisant un doigt au niveau du bord postérieur ou supérieur des releveurs, un autre doigt au niveau de leur bord antérieur ou inférieur, on décolle la face supérieure des releveurs de façon à passer les doigts entre elle et la paroi latérale du rectum. On sectionne alors successivement chacun des deux muscles aux ciseaux, à 2-5 centimètres du rectum; si la tranche de section saigne, on arrête l'hémorragie avec des pinces hémostatiques.

Les releveurs sectionnés, le rectum commence un peu à s'abaisser: pour obtenir plus, il faut couper les vaisseaux hémorroïdaux moyens. Pour cela, plaçant un doigt en avant et

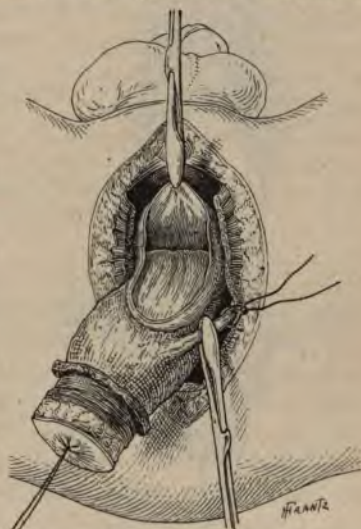


Fig. 157. — Ouverture du cul-de-sac vésico-rectal. Pincement et ligature du pédicule hémorroïdal moyen.

un autre en arrière du rectum, on pince en les rapprochant tout ce qui arrive au rectum sur ses parties latérales, c'est-à-dire ces vaisseaux. Mettant alors une pince sur ce pédicule latéral, on sectionne entre l'intestin et la pince.

Le rectum descend alors davantage, mais il est retenu par le péritoine. On ouvre le cul-de-sac péritonéal vésico-rectal largement et on en repère la lèvre antérieure : tirant directement le rectum en dehors, successivement à droite et à gauche, on tend les deux feuilletts du péritoine qu'on sectionne près de l'intestin en repérant le bord externe. Le rectum descend maintenant tant qu'on veut : il suffit pour cela de placer de chaque côté du rectum, puis du colon pelvien une pince sur le péritoine et de couper entre l'intestin et cette pince.

On s'arrêtera lorsqu'on jugera avoir ainsi attiré suffisamment d'intestin.

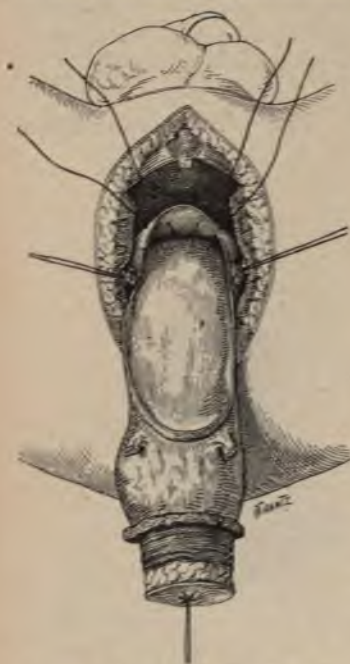


Fig. 138. — Le rectum a été entièrement libéré jusqu'à la hauteur voulue. Fermeture du cul-de-sac péritonéal.

VI. Fermeture de la plaie. — On remplace tout d'abord les pinces hémostatiques par des ligatures. Puis, faisant bien tendre l'intestin, on suture soit par un surjet, soit mieux par quelques points séparés en U les bords de la plaie du péritoine au péritoine qui revêt à ce niveau le colon pelvien abaissé. On a ainsi fermé la cavité péritonéale.

A l'aide de quelques points de suture profonds, on ramasse et on suture en avant et en arrière du rectum les restes des releveurs et des tissus voisins. Puis on tamponne soigneusement la plaie et on sectionne transversalement le rectum au point où on le juge utile, c'est-à-dire au ras de la peau. Il est générale

ment utile de faire l'hémostase de cette tranche qui saigne assez fortement. Si l'extirpation du rectum a été précédée de la création d'un anus iliaque, avec une sonde, introduite dans cet anus, on pratique un lavage du nouveau rectum et après l'avoir soigneusement égoutté et asséché, on le suture à la peau.

On commencera par détamponner la plaie, puis avec une série d'anses de crin ou d'autre fil, on suture à la peau la section rectale en prenant tous ses plans. On s'efforcera de faire cette fixation du rectum à la peau aussi en avant que possible de la plaie périnéale.

Il ne reste plus alors qu'à suturer la plaie cutanée en avant et en arrière; mais comme il n'est généralement pas possible de combler dans toute sa profondeur la vaste perte de substance que l'on trouve dans le petit bassin, il est bon de placer en avant et en arrière de l'anus nouveau, soit un drain, soit mieux un léger tamponnement. S'il y a un anus iliaque qui permette l'écoulement au dehors des matières et des gaz, on en profitera pour tamponner le rectum et éviter ou du moins diminuer ainsi toute chance de contamination de la plaie par le contenu de cet intestin. Sinon on tamponnerait avec un gros tube de caoutchouc entouré d'une lanière de gaze.

Chez la femme. — Il n'y a que le temps de décollement de la face antérieure du rectum qui diffère. L'incision de la peau commencera en avant à 1 centimètre environ en arrière de la fourchette : on reconnaîtra et on sectionnera facilement l'entrecroisement des muscles superficiels du périnée; puis, tirant l'anus en arrière, on fait saillir les bords internes des releveurs et entre eux on met à nu le muscle recto-vulvaire qu'on sectionnera au ras de la paroi vaginale postérieure. On ouvre ainsi un espace décollable recto-vaginal analogue à l'espace recto-prostatique et la face antérieure du rectum se décolle avec la plus grande facilité de la face postérieure du vagin jusqu'au cul-de-sac de Douglas que l'on incise.

Le reste de l'opération se fait comme chez l'homme.

Lorsque la paroi vaginale est envahie par le cancer, il faut extirper avec le rectum toute la portion dégénérée.

On commence par inciser le vagin sur toute la ligne médiane postérieure depuis le fond du cul-de-sac postérieur jusqu'à la vulve. Au niveau de la zone envahie, l'incision se dédoublera

pour encadrer la zone malade en passant à une distance convenable de sa limite apparente. On dissèque les deux lèvres de l'incision vaginale pour les séparer du rectum. Puis on extirpe le rectum avec le segment vaginal envahi : il n'y a pas à décoller

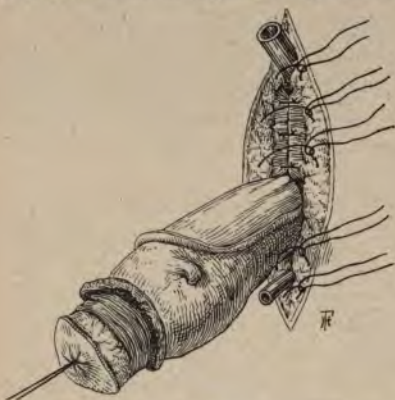


Fig. 159. — La plaie est presque entièrement refermée avant que le rectum ne soit réséqué.



Fig. 160. — Opération terminée. Suture du rectum à la peau du périnée.

la face antérieure du rectum, la dissection des lambeaux vaginaux en tenant lieu.

Après l'extirpation, on refait le vagin en suturant l'un à l'autre les deux lambeaux vaginaux.

CHAPITRE III

EXTIRPATION ABDOMINO-PÉRINÉALE DU RECTUM

C'est là une opération destinée aux cancers haut placés du rectum, ayant envahi le côlon pelvien (C. recto-sigmoïdes) ou aux cancers du côlon pelvien dans lesquels, après résection du cancer, il n'y aurait pas moyen de rapprocher les deux tranches de section.

Elle se compose de deux temps : dans un premier temps abdominal, on

sectionne l'intestin au-dessus du cancer et on libère aussi bas que possible le segment rectal : dans un deuxième temps, par la voie périnéale, on extirpe le rectum et tout ce qui a été isolé du côlon pelvien.

Il va sans dire qu'ici on devra pratiquer un anus iliaque définitif puisque toute la portion sous-jacente d'intestin doit disparaître.

1^{er} Temps. Opération abdominale. — **Position du malade.** — Le malade sera placé sur une table munie d'un plan incliné, dans la position dite de Trendelenburg, comme pour toutes les laparotomies sur le petit bassin. L'opérateur se met à gauche.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. — La paroi incisée, on va à la recherche du côlon pelvien qui est amené dans la

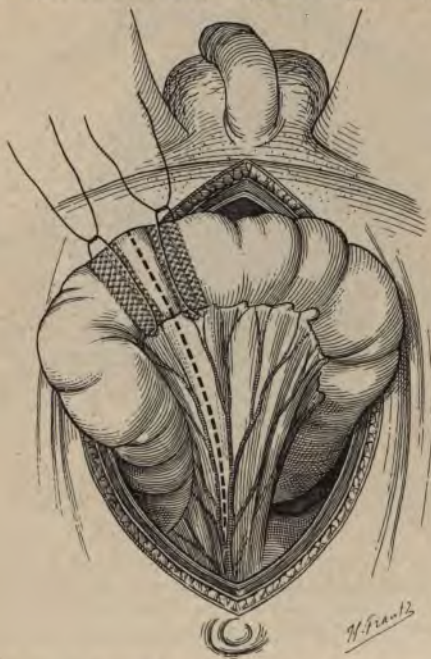


Fig. 161. — Extirpation abdomino-périnéale du rectum.
Section du côlon pelvien et de son méso.

plaie et exploré. A une bonne distance (6 à 8 centimètres) au-dessus de la lésion, on le sectionne transversalement. Tous les moyens de section sont évidemment bons; néanmoins, ici, le

meilleur nous semble être l'écrasement, suivi d'une double ligature et de section de l'intestin entre les deux ligatures. Pour plus de sûreté, on peut sur le bout anal enfouir la ligature par une suture en bourse, mais c'est peu utile; cela serait en tous cas complètement superflu pour le bout supérieur ou oral.

Établissement de l'anus artificiel. — Il est bon, pour se débarrasser de suite du bout supérieur, de le fixer dans la paroi,

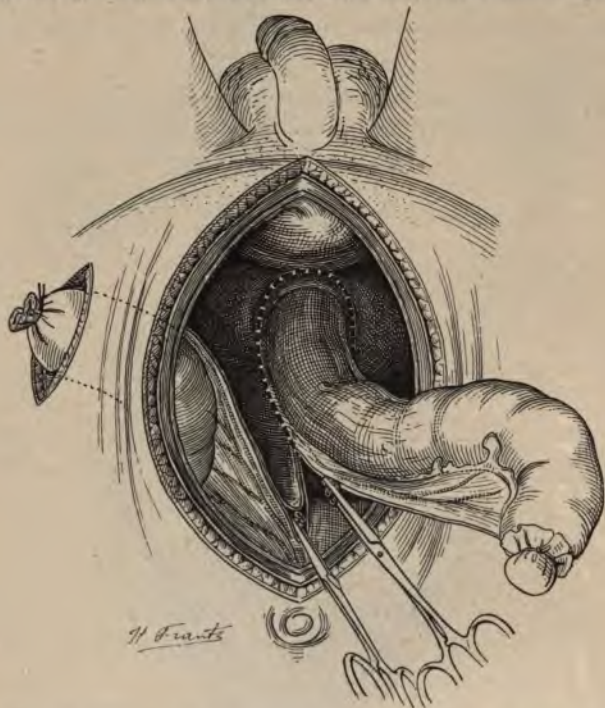


Fig. 162. — Extirpation abdomino-périnéale du rectum. Le bout supérieur a été amené à l'extérieur pour constituer l'anus iliaque définitif. Tracé des incisions péritonéales dans le petit bassin.

là où sera établi l'anus artificiel. On fait donc au niveau de la fosse iliaque gauche une incision cutanée comme pour l'anus définitif; puis on écarte, sans les couper, les fibres musculaires des trois muscles de la paroi abdominale, et on incise le péritoine. Par l'ouverture ainsi créée, on fait passer le bout supé-

rieur de l'intestin sectionné, et on le fixe immédiatement par quelques points, non perforants, au péritoine pariétal. Puis on recouvre le bout toujours fermé avec quelques compresses, et on ne s'en occupe pas davantage pour le moment.

Libération du côlon pelvien et de la partie supérieure du rectum. — On prolonge sur le mésocôlon la section de l'in-

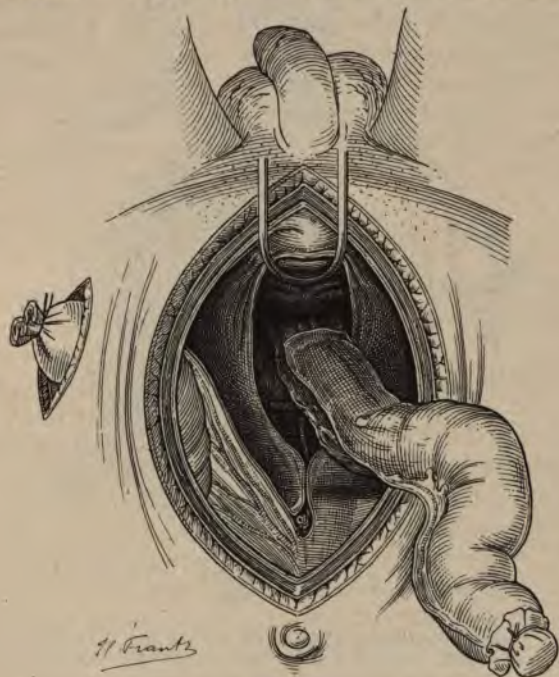


Fig. 165. — Extirpation abdomino-périnéale du rectum.
Le rectum a été complètement libéré par l'abdomen.

testin, non pas directement d'avant en arrière, mais un peu obliquement en bas et en arrière, vers le promontoire, par conséquent; on lie chemin faisant les vaisseaux qui peuvent donner, et particulièrement l'artère hémorroïdale supérieure qu'on doit couper.

On continue cette section jusqu'à ce qu'on soit arrivé au contact du squelette, c'est-à-dire de la colonne vertébrale. Glis-

sant alors la main le long de la face antérieure du sacrum de haut en bas, on décolle tout ce qui est appliqué contre cette face. On descend dans cette libération aussi loin qu'on le peut vers le périnée. Reste alors à libérer le rectum sur ses autres faces. Pour cela, on incise le péritoine tout autour du rectum



Fig. 164. — Extirpation abdomino-périnéale du rectum. Tout l'intestin a été tassé dans le fond du petit bassin, sous une compresse pour être enlevé par voie périnéale. Suture des lambeaux de péritoine pelvien pour péritoniser le fond du petit bassin.

dans le fond du cul-de-sac que forme ce péritoine en se portant du rectum vers les organes voisins (vessie ou utérus en avant, parties latérales du petit bassin de côté). Ce péritoine incisé, rien n'est plus facile que de libérer le rectum. En avant, on tombe dans l'espace décollable prostatorectal ou vaginorectal. Sauf le cas d'adhérences anormales, la séparation des deux viscères se fait avec la plus grande facilité et aussi bas qu'on veut jusqu'au périnée; on n'a pas le moindre écoulement sanguin.

Sur les parties latérales le décollement est moins facile, parce que là, on rencontre de chaque côté un véritable pédicule vasculaire qui vient aborder les faces latérales du rectum (Vv. hémorroïdaux moyens). Ce pédicule, on le coupe de chaque côté entre deux ligatures, et on poursuit la libération du rectum jusqu'à ce qu'on soit arrêté par les releveurs de l'anus.

Lorsqu'on juge la libération assez loin poursuivie par la voie abdominale, on s'arrête : on entasse le rectum et le côlon pelvien décollés dans le fond du petit bassin en les recouvrant d'une petite compresse. On fait alors une hémostase parfaite de la cavité abdominale et on s'efforce de péritoniser autant qu'on peut la cavité pelvienne, en suturant tant bien que mal par-dessus le rectum les débris péritonéaux flottant dans la région.

On ferme la paroi abdominale par une suture à trois plans comme d'ordinaire.

Le premier temps ou temps abdominal est terminé.

2^e Temps. Opération périnéale. — L'abdomen ayant été recouvert d'un pansement provisoire, la table est relevée et le malade placé dans la position de la taille.

Cette deuxième partie ne diffère pas d'une extirpation périnéale du rectum.

Incision médiane se dédoublant en son milieu pour circonscrire l'anus. En avant, on sectionne transversalement les fibres antérieures du sphincter externe, puis découvrant le bord antérieur des deux releveurs, on sectionne la bandelette recto-urétrale ce qui, ouvrant l'espace décollable prérectal, permet de rejoindre le décollement commencé par l'abdomen.

En arrière, on incise jusqu'au coccyx, puis, isolant sa pointe et ses bords, on décolle sur sa face antérieure jusqu'à ce qu'on ait retrouvé le décollement d'en haut.

Il ne reste plus qu'à sectionner de chaque côté les releveurs pour qu'on puisse amener par la plaie tout le rectum et la partie inférieure du côlon pelvien, décollés par l'abdomen, et derrière eux la compresse qu'on avait mise pour les recouvrir.

Il n'y a plus qu'à suturer la plaie périnéale aussi complètement que possible, après avoir fait une hémostase soignée. On aura la précaution de placer un gros drain dans le petit bassin, à la place du rectum supprimé.

On terminera l'opération en ouvrant l'anus iliaque. On sec-

tionne aux ciseaux toute la portion de l'intestin écrasée par l'angiotribe, afin d'avoir une section nette passant en tissu sain. Puis on suture l'intestin à la peau par une série de points de sutures qui traversent d'un côté la peau et de l'autre toute l'épaisseur des parois intestinales.

Il sera bon, en faisant le pansement définitif, de mettre un pansement bien occlusif au collodion, stérésol ou autre produit de ce genre sur la plaie de laparotomie, pour éviter que la ligne de suture ne soit souillée par les matières venant de l'anūs iliaque.

CHAPITRE IV

RÉSECTION DU RECTUM

Nous décrirons sous ce nom les opérations qui ont pour but d'interrompre sur une certaine étendue la continuité du rectum par opposition à l'amputation où on enlève la totalité du viscère. Dans la résection, il faut donc toujours réunir les deux bouts du rectum sectionné. Deux méthodes se trouvent ici en présence : la résection par la voie anale et la résection par la voie sacrée, plus connue sous le nom d'opération de Kraske.

RÉSECTION PAR VOIE ANALE

Très employé autrefois, ce procédé est tombé dans un discrédit profond autant que mérité, en tant que procédé d'extirpation du rectum entier : au contraire, il sera employé avec avantage en cas d'ablation limitée à une partie de la muqueuse du rectum.

1. *Dilatation de l'anūs.* — Ce premier temps devra être exécuté aussi largement que possible pour permettre de manœuvrer facilement.

II. *Abaissement et isolement de la lésion.* — On saisit la portion à enlever avec des pinces à traction, et on abaisse lentement, prudemment, mais bien complètement; on sectionne alors le rectum circulairement au-dessous d'elle, comme on fait pour la muqueuse vaginale autour du col utérin dans l'hys-

térectomie vaginale, s'il s'agit d'une lésion circonférencielle comme un rétrécissement; sinon on inciserait simplement tout autour de la lésion. On décolle alors la portion à réséquer des parties voisines, ce qui permet d'augmenter l'abaissement à mesure que la libération progresse. Comme en cas de résection des hémorroïdes, on aura soin de décoller beaucoup plus haut qu'il est nécessaire pour permettre à la muqueuse de s'abaisser facilement et de se suturer sans peine à l'incision inférieure.

III. Section du rectum et suture. — Lorsque le décollement a été poussé assez loin, on incise circulairement la muqueuse au-dessus de la lésion, et on suture les deux tranches de la muqueuse l'une à l'autre. On évitera de sectionner d'un seul coup le manchon de muqueuse pour éviter qu'il ne remonte dans le rectum, mais on le coupera peu à peu en suturant au fur et à mesure la portion sectionnée.

RÉSECTION PAR VOIE SACRÉE

On peut donner au malade deux positions différentes. Le plus ordinairement, le malade est couché sur le côté gauche, légèrement incliné sur le ventre et le bassin un peu surélevé par un coussin. Mais on peut tout aussi bien le mettre dans la position de la taille en surélevant fortement le bassin, de telle sorte que le périnée regarde directement en haut (position périnéale inversée). Le seul point important est que la région sacrée soit largement accessible.

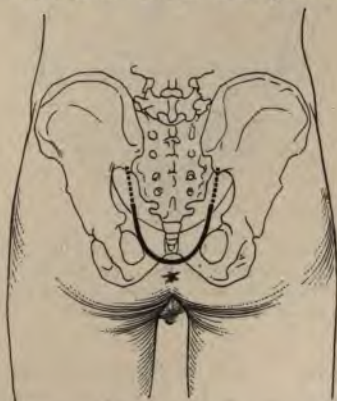


Fig. 165. — Tracé des incisions pour la rectococcyxie (en plein) et pour la résection du rectum (en pointillé).

I. Incision. — La meilleure incision est non pas l'incision médiane longitudinale, mais une incision en U, circonscrivant un lambeau convexe en bas. En haut, les branches verticales de l'U commenceront au niveau des épines iliaques postérieures et inférieures.

rieures, un peu plus bas, si l'on veut, à droite. Quant au contour inférieur du lambeau, il descendra jusqu'à 2-5 centimètres de l'anus, de façon à laisser intact l'appareil sphinctérien du rectum. On incise ainsi la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; le lambeau est disséqué, relevé, de façon à dénuder le squelette.

II. Résections osseuses. — On isole le coccyx en coupant les parties molles qui s'insèrent sur ses parties latérales et à son sommet, puis on libère sa face antérieure, et on le résèque d'un coup de forts ciseaux ou avec une pince coupante.

Si cette incision ne suffit pas, même après section des ligaments sacro-sciatiques et des parties molles voisines sur le bord gauche du sacrum, on procédera à la résection du sacrum. Avec une cisaille, une pince-gouge, ou même un ciseau et un maillet, on fera sauter l'extrémité inférieure du sacrum,



Fig. 166. — Tracé des résections du sacrum.

En haut, tracé de Rose. En bas, tracé de Kraske. Au milieu, tracé de Bardenheuer (Monod et Vanverts).

transversalement, mais en ne dépassant jamais comme limite supérieure le bord inférieur du troisième trou sacré : il faut éviter en effet de lésier la branche antérieure du troisième nerf sacré sous peine de paralyser le sphincter anal et le releveur, c'est-à-dire d'avoir un anus incontinent. On lie immédiatement l'artère sacrée moyenne en la chargeant avec une aiguille de Reverdin.

III. Isolement du rectum. — Les sections osseuses achevées, on incise sur la ligne médiane postérieure la gaine fibro-séreuse du rectum : on aperçoit alors en haut l'artère hémorroïdale supérieure qu'on coupe entre deux ligatures; puis, dénudant latéralement le rectum, on lie et on coupe les hémorroïdales moyennes.

Le rectum est alors rejeté à gauche et le péritoine est ouvert le long de son bord droit, puis sur son bord gauche. On abaisse progressivement le rectum, puis la terminaison de l'S iliaque

en liant successivement les branches de la mésentérique inférieure. On continue ainsi jusqu'à ce qu'une portion suffisante d'intestin sain ait été amenée au dehors.

IV. *Excision de l'intestin.* — A l'aide de fils passés dans la racine du mésocôlon, en ménageant les vaisseaux et faufiletés légèrement dans la musculuse intestinale, on fixe le côlon au péritoine pariétal postérieur, faisant ainsi une colopexie qui empêche l'intestin de remonter.

On place aux deux extrémités de l'anse à réséquer, une pince à coprostase puis immédiatement en deçà d'elles on suture l'une à l'autre les faces antérieures des deux bouts de l'intestin par une véritable ligne de suture séro-musculaire antérieure.

A deux doigts environ de ce surjet, aux limites de la partie à réséquer, on place deux clamps, puis on sectionne entre les pinces à coprostase et les clamps, au ras de ceux-ci. L'anse à réséquer se trouve ainsi enlevée comme un vase clos.

V. *Suture des deux bouts du rectum.* — La toilette de la muqueuse est faite avec des compresses. On fait ensuite une suture des deux bouts aussi exacte que possible par un double surjet, l'un perforant et total, l'autre d'enfouissement, continuant le surjet séromusculaire antérieur. On aura soin de faire pénétrer les fils perforants à peu de distance du surjet d'adossement antérieur pour éviter la formation d'une valvule trop proéminente dans le rectum.

Après avoir enlevé les pinces à coprostase, on fixe alors les lèvres du péritoine pariétal aux bords du revêtement séreux de l'intestin. La plaie cutanée est incomplètement suturée et un large drainage à la gaze y est pratiqué¹.

1. Pour plus de détails, voir Proust, *Presse médicale*, 1907, p. 845.

CHAPITRE V

RECTOCOCCYPEXIE

La rectococcyplexie est une opération qui a pour but de fixer en arrière le rectum pour l'empêcher de se prolaber : comme, en pareil cas, la paroi rectale est constamment trop longue et trop large, on profite de l'opération pour la rétrécir et la raccourcir.

Le malade sera mis dans la position périnéale inversée pour découvrir largement la face postérieure de l'anus.

1. Incision cutanée. — L'incision cutanée la plus simple est une incision longitudinale médiane, commençant en arrière à 1 centimètre de l'anus, découvrant le sphincter externe sans l'intéresser et se terminant en arrière à la partie moyenne du sacrum.

Si le périnée est flasque et relâché, on taille un lambeau losangique à côtés sensiblement égaux, dont l'angle postérieur répond au milieu du sacrum et l'angle antérieur tronqué à la partie postérieure de la circonférence de

l'anus : ce lambeau est disséqué d'arrière en avant et réséqué. On peut encore faire une incision courbe à concavité inférieure que l'on suturera en Y.

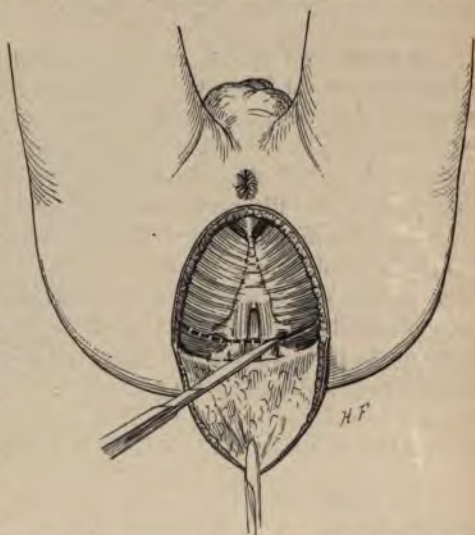


Fig. 167. — Rectococcyplexie. Désarticulation sacrococcygienne et amorce latérale de la séparation des fibres du grand fessier.

II. *Découverte du rectum*. — La peau incisée, on arrive immédiatement sur le coccyx dans la partie inférieure de la plaie : avec le bistouri ou une pince coupante, on sépare le coccyx du sacrum en passant dans l'articulation sacrococcygienne et sans inciser les plans fibreux qui viennent s'insérer sur les côtés du coccyx, on le fait fortement tirer en haut par un écarteur. Pour permettre au coccyx de se laisser ainsi tirer, il est bon d'amorcer latéralement la séparation des fibres du grand fessier.

On a dès lors sous les yeux la lame fibreuse qui constitue le fascia recti : on l'incise longitudinalement jusqu'à ce qu'on ait mis à nu la face postérieure de l'intestin : l'ayant découverte, avec les doigts ou un instrument moussé, on complète cette dénudation qu'il faut pousser aussi loin que possible sur les côtés.

III. *Plicature du rectum*. — On peut employer pour cela les différentes sortes de fils (soie, catgut, lin). A 1 centimètre et demi à 2 centimètres de la ligne médiane, on place de chaque côté une série de fils de la façon suivante : l'aiguille est introduite dans l'épaisseur des parois rectales de façon à ne cheminer que dans l'épaisseur de la musculuse, sans perforer la muqueuse : elle y chemine verticalement et ressort à 5 millimètres environ plus bas : on l'y fait rentrer 1 centimètre plus loin et ressortir 5 millimètres plus bas encore. En serrant le fil, il se produit dans la paroi rectale un repli transversal saillant en avant dans la lumière rectale. On refait la même chose du côté opposé et on



Fig. 168. — Rectococcyx pexie. Deux plis ont été déjà faits; et on a commencé à nouer les fils qui vont constituer le pli longitudinal.

place ainsi, suivant l'exubérance de paroi rectale, deux ou trois points entre le sacrum et l'anus, de chaque côté de la ligne médiane : on placera les points à la même hauteur de chaque côté.

Les fils ainsi placés sont serrés et noués : le rectum se plisse en accordéon et se raccourcit. Des deux chefs de chaque fil, l'un est coupé court, l'autre est conservé long. On noue alors d'un côté à l'autre de la ligne médiane les chefs gardés longs des deux nœuds de même hauteur. Cela produit un pli vertical qui diminue d'autant la largeur de l'ampoule et, en outre, rend accessibles les faces latérales du rectum. Si l'ampoule rectale était encore très exubérante, il n'y aurait qu'à recommencer sur les parties latérales, à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres en dehors de la première ligne de suture et de chaque côté une nouvelle série de points plissant d'abord

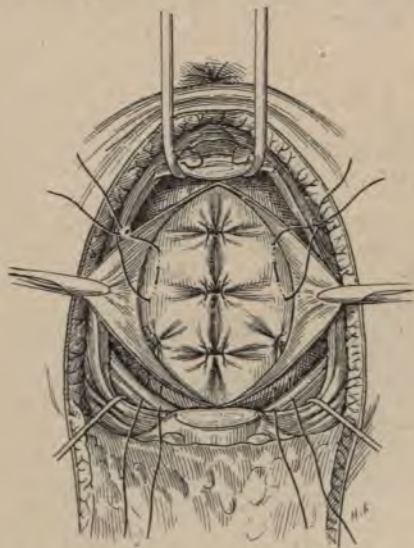


Fig. 169. — Rectocœcypexie. Le plissage horizontal et vertical du rectum a été pratiqué. Passage des fils de suspension : le supérieur passe déjà dans le ligament sacrosacratique mis à nu.

horizontalement le rectum et, en se servant ensuite des chefs des points ainsi placés pour plisser verticalement le rectum : on enfouit en quelque sorte le premier pli vertical du rectum dans un deuxième pli vertical.

Lorsqu'on juge avoir suffisamment rétréci le rectum en longueur et en largeur, on passe à sa fixation.

IV. Fixation du rectum. — Pour cela, on peut utiliser les fils qui ont servi à faire le plissement vertical, mais il vaut mieux employer d'autres fils.

Ces fils seront faufileés dans l'épaisseur de la musculature rectale comme les fils qui servent à plisser horizontalement le rectum : on les noue, mais on conserve les deux chefs longs ; il est extré-

mement important de placer ces fils aussi en avant que possible sur les faces latérales de l'intestin pour bien fixer la face antérieure du rectum.

D'autre part, ces fils sont passés dans les grands ligaments sacro-sciatiques. Sentant avec le doigt le bord inférieur coupant de ces ligaments de chaque côté de la plaie, on l'isole avec la sonde cannelée ou le bistouri des fibres les plus inférieures du grand fessier qui le recouvrent en arrière.

On passe alors les fils en série dans les ligaments; les plus inférieurs, c'est-à-dire ceux qui sont le plus près de l'anus, sont placés le plus en dehors sur les ligaments; au contraire les plus haut placés sur le rectum sont passés dans les ligaments, juste au ras du coccyx. Tous les fils sont alors serrés lentement et prudemment pour ne pas déchirer la paroi rectale et pendant qu'on les serre, on voit la face postérieure du rectum se tendre et s'élever entre les deux lèvres de la plaie.

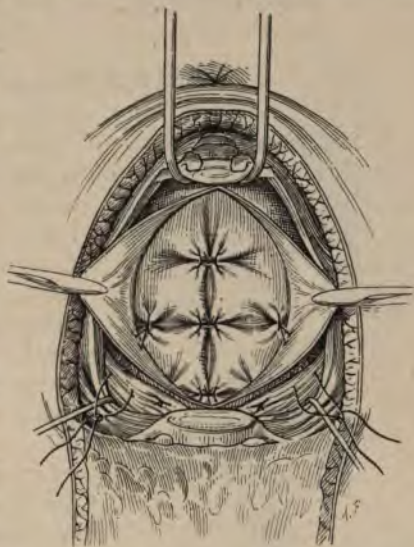


Fig. 170. — Rectococcyx. Les fils de suspension sont passés et le supérieur même est noué.

V. Fermeture de la plaie. — Laissant alors revenir le coccyx à sa position normale, on le fixe au sacrum par un ou deux points de suture; puis la peau est suturée au crin de Florence.

Si on a excisé un losange de peau, on suturera de façon à donner à la cicatrice une direction longitudinale.

CHAPITRE VI

MYORRAPHIE DES RELEVEURS ⁽¹⁾

OPÉRATION CHEZ L'HOMME

I. **Incision cutanée.** — Le malade étant mis dans la position périnéale inversée, on pratique une incision courbe à convexité antérieure allant d'une tubérosité ischiatique à l'autre et passant à 15 millimètres environ en avant de l'anus. On reconnaît et on sectionne au bistouri les fibres les plus antérieures du sphincter externe constituant le raphé ano-bulbaire, ce qui permet de récliner en arrière l'anus avec son sphincter. Se portant sur les côtés, on sectionne la graisse ischio-rectale jusqu'à ce qu'on rencontre la face inférieure des releveurs. En tirant l'anus en arrière on fait saillir les bords inférieurs de ces muscles comme deux cordes que l'on voit s'engager plus en avant sous le diaphragme uro-génital. En disséquant leurs bords inférieurs, on isole sur la ligne médiane une bandelette allant du sommet de l'anus au plancher uro-génital (muscle recto-urétral).

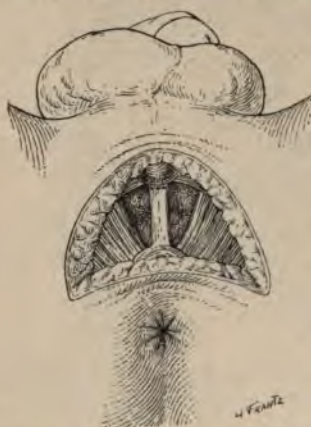


Fig. 471. — Myorrhaphie des releveurs. Incision ; découverte du muscle recto-urétral.

plus en avant sous le diaphragme uro-génital. En disséquant leurs bords inférieurs, on isole sur la ligne médiane une bandelette allant du sommet de l'anus au plancher uro-génital (muscle recto-urétral).

II. **Décollement du rectum.** — La bandelette bien isolée est sectionnée au bistouri tenu verticalement et au ras du bulbe urétral, pour éviter de blesser le cap rectal très proéminent à ce niveau. L'espace décollable prérectal est ouvert du même coup et rien n'est plus facile alors que d'isoler le rectum en arrière,

(1) Voir Duval et Proust, *Presse médicale*, 1901.

de la prostate en avant jusqu'à ce qu'on ait atteint le fond du cul-de-sac de Douglas. Si ce cul-de-sac descend très bas, il n'y a pas à hésiter à le traiter comme un sac herniaire, à l'ouvrir, à réduire son contenu, à le suturer ou à le lier à sa base et à extirper l'excès de sac.

III. Plissement du rectum. — Avant de suturer les releveurs, il est bon de plisser la face antérieure du rectum, comme dans la recto-coecypexie, on a déjà plissé sa face postérieure⁽¹⁾.

On faufile sur toute la largeur de la face antérieure du rectum, sans la perforer, une série de fils, en nombre pair,

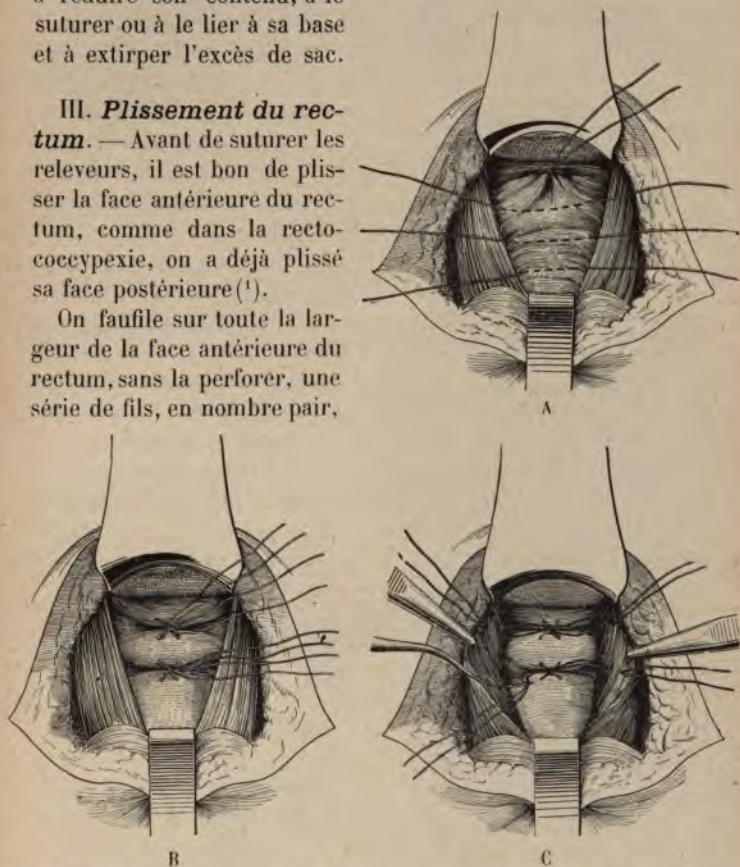


Fig. 172. — Plissement du rectum. — A. Passage des fils dans la paroi antérieure du rectum : le fil supérieur est déjà noué. — B. Les deux fils supérieurs et les deux fils inférieurs ont été noués l'un avec l'autre. — C. Passage des fils du plissement dans la face interne des releveurs.

puis on noue entre eux les deux chefs de chacun de ces fils, de

(1) Cette manœuvre nous a été indiquée par notre collègue P. Duval, à qui sont dues les 3 figures 172.

façon à produire un pli longitudinal. Pour raccourcir la face an-

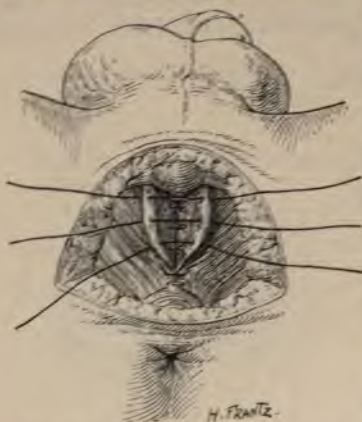


Fig. 173. — Passage des fils superficiels sur le bord des releveurs.

Pour cela, tandis qu'une pince éverse le bord inférieur du muscle pour en découvrir la face interne, une aiguille courbe traverse largement la face interne d'un muscle aussi profondément que possible. Elle charge alors un des fils qui ont servi au plissement du rectum et l'attire au dehors; puis elle repasse dans la face interne du releveur opposé et charge l'autre fil. On place ainsi un certain nombre de fils correspondant au nombre de plis faits sur le rectum; les plus antérieurs étant les fils du nœud placé le plus haut sur le rectum. On les noue alors en commençant par les supérieurs.

On place ensuite quelques points unissant les bords inférieurs des deux muscles.

térieure, il suffit alors de nouer ensemble les deux chefs d'un des fils avec les deux chefs du fil immédiatement sous-jacent, ce qui produit une série de plis transversaux. On a soin de ne pas couper les chefs des nœuds ainsi faits, mais d'en conserver au moins un sur deux.

IV. Suture des releveurs. — Pour soutenir comme il faut la paroi rectale antérieure, on doit suturer les releveurs, non pas par leurs bords, mais par leurs faces internes.



Fig. 174. — Manière de suturer la plaie.

V. Suture des plans superficiels. — Pour fermer la plaie, avec une aiguille d'Emmet et du fil d'argent, on embrasse toute l'épaisseur des tissus sous-jacents aux releveurs et on les suture. Lorsque les tissus du périnée sont lâches et distendus, on essaiera de suturer longitudinalement ou du moins en T l'incision transversale, pour consolider le périnée.

OPÉRATION CHEZ LA FEMME

I. Incision. — On emploiera ici une incision courbe, concave en avant, passant transversalement à la limite postérieure de la fourchette et se portant en dehors jusqu'au bord externe de la grande lèvre. Sous la peau on incise le raphé ano-vulvaire et le corps périnéal. Se reportant alors aux extrémités de l'incision, on coupe profondément pour découvrir les releveurs. En faisant tirer l'anus en arrière, on fait saillir leurs bords inférieurs qu'il suffit de disséquer, pour isoler sur la ligne médiane la bandelette recto-vaginale.

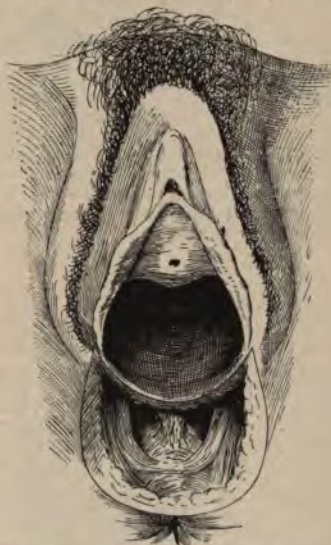


Fig. 173. — Myorraphie des releveurs. Isolation de la bandelette recto-vaginale (Proust).

II. Décollement du rectum. — La bandelette est transversalement sectionnée au bistouri tenu parallèle à la paroi vaginale postérieure et au ras de la paroi vaginale. L'espace décollable prérectal est ouvert et il est facile d'isoler le rectum du vagin jusqu'au cul-de-sac de Douglas : on isole de même la face interne des releveurs. Comme chez l'homme, si le cul-de-sac de Douglas faisait vers le périnée une saillie trop accentuée, on le traiterait comme un véritable sac herniaire, l'ouvrant, le disséquant, le liant et le réséquant.

III. Suture des releveurs. — Elle se pratique comme

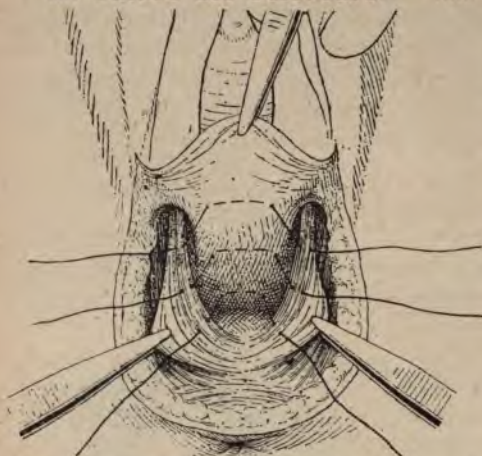


Fig. 176. — Placement des fils profonds : on les voit cheminer à la face interne des releveurs, d'autant plus profonds qu'ils sont plus postérieurs ; ils sont faufileés dans la paroi postérieure du vagin qu'ils ont rencontrée (Duval et Proust).

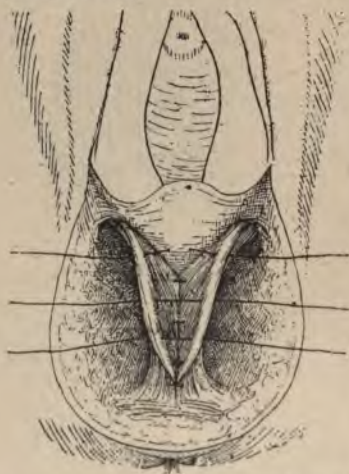


Fig. 177. — On noue ces fils superficiels d'arrière en avant : les releveurs viennent se rejoindre par leurs bords (Duval et Proust).

chez l'homme, mais comme on ne rencontre guère de prolapsus rectal sans rectocèle, il sera toujours bon de relever et de suspendre le vagin tout en fermant la boutonnière intermusculaire.

Pour cela, refoulant en arrière l'ampoule rectale par une valve étroite et longue et éversant le bord inférieur du muscle avec une pince à disséquer, on place le premier point aussi profondément que possible. L'aiguille courbe charge largement la face interne du muscle, puis passe dans la paroi vaginale, plus bas que dans le muscle, puis repasse dans la face interne du releveur opposé. On place ainsi trois à quatre fils, de plus en plus superficiels, c'est-à-dire de plus en

plus près du bord inférieur du muscle : le dernier point passe

dans ce bord même pour comprendre le vagin à la limite de la vulve.

On noue alors tous les fils en commençant par le supérieur. Puis par quatre points disposés d'avant en arrière, on unit les bords inférieurs des muscles. Le point antérieur reprend la vulve qu'il fixe : le postérieur touche au sphincter externe de l'anus.

IV. Suture des plans superficiels. — On traverse les tissus en masse, de façon à transformer l'incision courbe en une ligne de suture antéro-postérieure.

CHAPITRE VII

RECTOTOMIE POSTÉRIEURE

Cette opération très simple consiste à inciser la paroi postérieure du rectum avec ou non compris le sphincter anal.

Le malade étant dans la position de la taille, on introduit par l'anus une sonde cannelée que l'on glisse jusqu'au-dessus du rétrécissement, s'il est possible : on fait alors saillir le bec de la sonde sur la paroi postérieure et on incise en ce point jusqu'à ce que le bec se dégage. Il n'y a plus alors qu'à sectionner couche par couche les différents plans de la région pour ouvrir ainsi largement le rectum en arrière. L'emploi de la sonde cannelée est utile en cas de rétrécissement pour ne pas s'égarer, mais il n'est pas indispensable. On peut fort bien s'en passer dans les autres cas de rectotomie.

Le rectum incisé, que fera-t-on? Le plus souvent, en cas de rétrécissement, on se borne à faire l'hémostase des deux lèvres de la plaie et à la tamponner.

Mais s'il s'agit d'une rectotomie pour corps étranger volumineux ou fixe, après extraction de ce corps on devra très exactement suturer l'incision pour refermer le rectum et c'est surtout à la suture du sphincter qu'il faudra prêter toute son attention.

CINQUIÈME PARTIE

CHIRURGIE DES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

I. SECTION. — CHIRURGIE DU FOIE

CHAPITRE PREMIER

EXPLORATION DU FOIE

A. — VOIE ABDOMINALE

Entouré de toutes parts par le péritoine, le foie ne peut être abordé que par une incision qui ouvre cette cavité péritonéale : mais à cause de la profondeur de son siège dans l'hypocondre droit, il ne peut être entièrement exploré par la cavité péritonéale et le plus souvent les lésions qui siègent sur sa face convexe (face supérieure et face postérieure) ne peuvent être abordées qu'en s'ouvrant une brèche à travers la paroi thoracique : c'est la voie transpleurale.

1. *Incision de la paroi.* — Nous avons à considérer deux cas, suivant qu'il y a ou non plaie de la paroi abdominale.

Lorsqu'il existe une plaie, il y a intérêt à pratiquer une incision passant par cette plaie, c'est-à-dire à débrider la plaie en haut et en bas, en se rapprochant autant que possible des incisions que nous allons décrire. Il peut même être utile de réséquer complètement les deux lèvres de la plaie, souvent infectées par l'instrument vulnérant.

Lorsqu'il n'existe pas de plaie, ou qu'au contraire les plaies sont multiples, il n'y a aucune indication à passer par un point plutôt que par un autre. Lorsqu'on ignore si les lésions existent à droite à gauche, la meilleure incision est celle de laparotomie médiane sus-ombilicale. Si le jour ainsi obtenu n'était pas suffisant, il ne faudrait pas hésiter à débrider la plaie latéralement, soit en faisant à la paroi une incision perpendicu-

laire à la première, soit en faisant cette incision oblique, parallèle au rebord costal. En pareil cas, il ne faut pas sectionner les muscles au ras du rebord costal, mais à deux travers de doigt au-dessous du bord inférieur du grill costal, pour en rendre la suture plus facile. En arrière, cette incision oblique peut être menée aussi loin que l'on veut, jusqu'aux muscles vertébraux. Un pareil lambeau donne un jour considérable sur le foie.

Mais si on prévoit que les lésions ne siègent que dans l'hypochondre droit ou dans son voisinage immédiat, mieux vaut utiliser l'incision ondulée de Kehr que nous décrivons plus loin. (V. p. 206.)

II. Exploration du foie. — Pour être complète, l'exploration du foie doit être conduite méthodiquement, mais elle sera faite différemment, suivant qu'il s'agit d'un traumatisme ou d'une lésion intrahépatique.

Traumatisme. — Les lésions qu'on peut rencontrer en pareil cas sont des ruptures ou des plaies. A l'ouverture du péritoine, on trouve celui-ci rempli par du sang qu'il faut évacuer aussi rapidement que possible, avec des compresses. Si l'hémorragie persiste, elle conduira vite sur la lésion. Si la plaie ne saigne plus, il faut explorer complètement le foie pour rechercher la plaie. On commence par la face inférieure. Pour cela, la main d'un aide refoule en bas sous de grandes compresses, la masse des intestins : le foie est alors relevé par le chirurgien, placé à droite du malade, qui examine attentivement la partie antérieure de la face inférieure, puis, plaçant une ou deux grandes valves qu'il fait tirer en haut et en dehors, il explore avec soin le reste de la face inférieure, en portant plus particulièrement son attention sur les points plus difficiles à explorer, le hile en particulier. Faisant relever de plus en plus le foie, il porte alors son regard sur la partie tout à fait postérieure. Si, chemin faisant, il rencontre une plaie du petit épiploon, il n'hésitera pas à la débrider pour voir si en arrière d'elle, au niveau du lobule de Spieghele, il n'existerait pas une plaie du foie.

La face inférieure, la plus délicate, étant explorée, on passera à la face antérieure ; pour cela, tandis qu'avec des écarteurs il fait fortement récliner en dehors le bord inférieur du thorax, le chirurgien abaisse lui-même la face convexe du foie pour l'examiner : s'il était nécessaire de prolonger loin en arrière

cette exploration, il ne faudrait pas hésiter à sectionner le ligament suspenseur, ce qui permet de faire fortement basculer le foie et d'examiner la presque totalité de la face convexe du foie : on pincera sur la tranche du ligament les vaisseaux qui pourraient saigner, surtout près de son bord libre.

De même le lobe droit peut être amené dans la plaie pariétale grâce à la section des ligaments triangulaire et coronaire droits et le lobe gauche par section des mêmes ligaments à gauche. A la suite de ces sections, il n'y a pas de ptose à craindre, s'il ne produit pas d'éventration post-opératoire.

Lorsque la plaie saigne avec abondance, on arrive facilement sur le point qui saigne, mais il est difficile de se rendre compte de la nature et des caractères de la lésion. Il est bon alors de faire une hémostase provisoire qui permette cet examen. Pour cela un aide recherche rapidement le bord libre du petit épiploon, et l'hiatus de Winslow; glissant alors son index dans cet hiatus, il saisit entre le pouce et l'index les vaisseaux (artère hépatique et veine porte), qui cheminent dans ce bord libre et en les comprimant légèrement, il arrête le cours du sang dans leur intérieur et amène ainsi l'anémie du foie, d'où arrêt de l'hémorragie.

Quand on soupçonne une *lésion intrahépatique*, c'est moins par la vue que par la palpation qu'il conviendra de la rechercher. On palpera donc le foie, soit avec une seule main, soit mieux entre les deux mains, ce qui permet d'apprécier plus exactement les modifications de consistance de la glande. Enfin, il faut palper avec grand soin la région du hile pour y rechercher la présence des ganglions.

B. — VOIE SOUS-PLEURALE

Réséction du rebord thoracique inférieur.

Il est rare qu'en faisant fortement tirer en dehors le rebord costal et en sectionnant le ligament suspenseur, on ne puisse suffisamment abaisser le foie pour inspecter sa face supérieure toute entière. Mais, si une intervention devient nécessaire sur cette face, fréquemment le jour ainsi obtenu est insuffisant et pour augmenter l'accès on a recours à la réséction du rebord thoracique.

Le seul danger, partant la seule difficulté de cette opération, en somme très simple, c'est l'ouverture de la cavité pleurale qu'il faut éviter. Pour cela, il suffit de ne pas faire passer la section des côtes plus haut, c'est-à-dire plus en dehors que nous allons le spécifier.

I. *Incision cutanée.* — L'incision cutanée sera oblique en bas, en arrière et en dehors; commençant en dedans sur le bord de l'appendice xiphoïde, un peu au-dessous de la dernière articulation chondro-sternale, elle descend, parallèle ou à peu près au rebord costal, mais à un travers de doigt au-dessus de lui; en dehors, on l'arrêtera plus ou moins loin, généralement au sommet de la XI^e côte.

Mais s'il était nécessaire, on pourrait la conduire jusqu'au bord externe du muscle sacro-lombaire, en la rapprochant de plus en plus de l'horizontale.

Au-dessous de la peau, on incise, suivant le point, les muscles grand pectoral, grand droit et grand oblique : on arrive ainsi sur le plan costal qu'on aura soin de bien mettre à nu.



Fig. 178. — Incision cutanée. En pointillé, le trajet de l'incision du rebord thoracique.

II. *Résection du bord costal.* — La section des côtes sera faite au bistouri, car on la fait porter sur la portion cartilagineuse et non sur l'os. Pour les X^e et IX^e côtes, la section portera immédiatement en dedans de l'articulation chondro-costale : pour la VIII^e côte, il faudra pratiquer trois sections : la plus externe passera encore immédiatement en dedans de l'articulation chondro-costale correspondante; la plus interne sectionnera le cartilage tout à fait en dedans, à son sommet; entre deux il y aura ordinairement à faire sauter le pont cartilagineux qui unit entre elles les parties moyennes du VII^e et du VIII^e cartilage costal.

Entre les côtes, on incise de même les espaces intercostaux, de façon à réunir les sections les unes aux autres. Saisissant alors avec une pince ou un davier le rebord costal ainsi libéré,

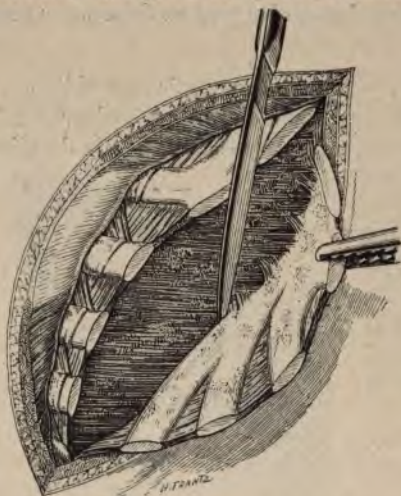


Fig. 179. — Après section des cartilages, le lambeau thoracique est récliné en bas et en dedans tandis que le bistouri désinsère le diaphragme et le transverse.

on s'efforce de le faire basculer en dedans et avec le bistouri, passé autant que possible à plat sous les cartilages, on détache de sa face profonde les fibres musculaires du diaphragme et du transverse qui viennent s'y insérer.

Aussitôt que la plaie bâille ainsi largement, on incise au bistouri les fibres musculaires (Diaphragme ou Transverse) qui forment le fond de la plaie, et on ouvre ainsi la cavité péri-

tonéale. Il suffit alors de faire récliner fortement en bas et en dedans la lèvre interne de la plaie, en haut et en dehors la lèvre externe, et d'abaisser fortement la face convexe du foie, pour voir et manœuvrer très loin sur cette face.

III. Fermeture de la plaie. — L'opération terminée, pour refermer la plaie, on rapproche les deux lèvres de la plaie, et on les suture entre elles. Pour le plan profond, on passe les fils de la façon suivante : sur la lèvre externe, le fil entre dans un espace intercostal, traverse ensuite le diaphragme : sur la lèvre interne, il perfore le transverse et le petit oblique en passant au-dessous du rebord cartilagineux ; une série de fils ainsi placés juxtaposeront les deux portions du thorax.

Par-dessus, on rétablit par quelques points de suture au catgut la continuité de la couche musculaire superficielle, inci-

sée après la peau, et tout particulièrement le muscle grand droit. Puis on suture comme d'ordinaire la peau.

Si on avait à faire sortir un drain à travers la plaie, on enlèverait un fragment cartilagineux, plus ou moins long, à la place duquel on ferait passer le tube à drainage. Rien n'empêche d'ailleurs, si on le trouve plus commode, d'enlever complètement toute la portion cartilagineuse isolée. Pour cela, on nettoie la face profonde des cartilages comme leur face superficielle, et avec les ciseaux ou le bistouri, on incise le muscle petit oblique le long du bord inférieur du thorax. Reste à la fin de l'opération à suturer les muscles larges de l'abdomen au rebord thoracique ainsi échancré.



Fig. 180. — La valve tire en dehors le bord supérieur de la plaie, tandis que la main s'efforce d'abaisser le foie.

C. — VOIE TRANSPLEURALE

I. *Incision cutanée.* — Le malade étant placé dans le décubitus latéral gauche, un coussin ou un drap roulé placé sous le flanc opposé pour faire saillir la région opératoire, on pratiquera une incision dont le siège variera un peu suivant le siège de la lésion. La saillie que forme ordinairement celle-ci et au sommet de laquelle on doit inciser, répondant le plus souvent aux IX^e et VIII^e côtes entre la ligne axillaire et la ligne scapulaire, on aura recours à une incision légèrement oblique en bas et en dehors, faite parallèlement et sur le trajet de la IX^e côte, incision à laquelle on donne une longueur d'au moins 10 centimètres (1). Est-on obligé de réséquer plusieurs côtes, il

(1) Si le foie a été préalablement ponctionné, on choisira la côte située au-dessus

suffit de prolonger en haut les deux extrémités de l'incision

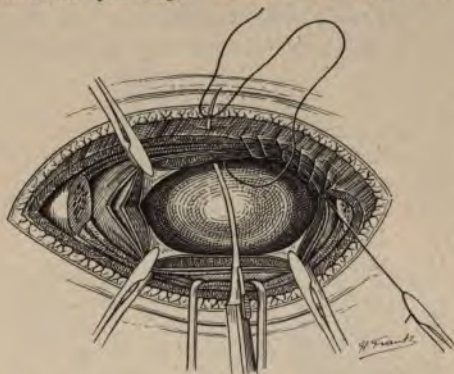


Fig. 181. — Abord du foie pour la voie transpleurale. Suture du diaphragme aux plans sous-cutanés avant l'ouverture de la collection qu'on voit bomber dans la plaie.

pour lui donner la forme d'un U, ce qui permet d'atteindre les VIII^e et VII^e côtes.

On incise d'emblée à fond jusqu'aux côtes, et, si on a fait un lambeau, on le dissèque avec ses parties molles pour mettre à nu le gril costal.

II. Résection costale. — On

incise le périoste de la IX^e côte dans toute l'étendue de la plaie, on la dépérioste avec la rugine courbe et de deux coups de costotome, on la résèque. Si on le juge utile, on résèque de même la VIII^e, voire même la VII^e côte dans l'étendue nécessaire.

III. Incision de la plèvre et du diaphragme. — Deux cas peuvent se présenter.

1^o S'il y a des adhérences oblitérant le cul-de-sac costo-diaphragmatique de la plèvre, on incise tous les tissus sous-jacents à la côte jusqu'à ce qu'on arrive sur le foie, sans plus s'occuper de la plèvre.

2^o Si le cul-de-sac semble libre, et il faut l'admettre en cas de doute, on prendra quelques précautions. On déprimera vers le haut avec une compresse aseptique le feuillet costal de la plèvre pour l'accoler au feuillet diaphragmatique, on l'incise rapidement, puis on incise le diaphragme, et saisissant avec des pinces les lèvres de cette incision, on les éverse au dehors. Il n'y a le plus souvent à ce moment aucune tendance à la production d'un pneumothorax, grâce à l'adossement

ou au-dessous du trocart suivant que le foie tuméfié déborde surtout les fausses côtes ou fait plutôt saillie dans la cavité thoracique, de façon que l'ouverture hépatodiaphragmatique corresponde bien à l'incision pariétale.

naturel des deux feuillets pleuraux, d'autant plus intime que le foie est plus gros.

On suture alors rapidement le diaphragme par un surjet aux parties molles sous-cutanées ou au moins au feuillet costal de la plèvre, si on a taillé un lambeau.

Si toutefois on craignait une supuration immédiatement sous-phrénique, mieux vaudrait, avant d'inciser le diaphragme, suturer sur toute la périphérie de la plaie les deux feuillets de la séreuse, en comprenant une certaine épaisseur du diaphragme dans la suture.

Si on trouvait dans la plèvre un épanchement séreux, on le viderait avant de procéder à l'accollement des feuillets pleuraux. Si l'épanchement était purulent, on placerait immédiatement un drain séparé dans sa cavité.



Fig. 182. — Abord du foie par la voie transpleurale. Suture du diaphragme avec les plans sous-cutanés pour fermer la cavité pleurale. (Coupe.)

IV. Mise à nu du foie. — Après incision du diaphragme, le foie apparaît à nu au fond de la plaie. On en traite alors les lésions comme par la voie abdominale. Il est ici le plus souvent inutile de suturer préventivement le foie au péritoine pariétal, la pression abdominale ayant tendance à maintenir le viscère au contact du péritoine : en revanche, s'il est nécessaire de drainer un abcès ou un kyste, il est souvent commode de suturer la coque hépatique à la face profonde du diaphragme.

Si la lésion n'exige pas de drainage, on refermera la plaie en rabattant le volet et en le suturant aux parties voisines.

CHAPITRE II

SUTURE DU FOIE

Lorsqu'une plaie ou une rupture du foie a été constatée, il est indispensable d'arrêter l'hémorragie dont elle est le plus souvent l'origine. Cette hémostase peut se faire de deux manières, par la suture ou par le tamponnement, l'une plus particulièrement destinée aux plaies nettes du foie (plaies proprement dites), l'autre aux plaies irrégulières (ruptures, etc.).

La suture du foie ne présente de particularités qu'en ce qu'elle doit être pratiquée dans un organe essentiellement friable et qu'il faut prendre des précautions si l'on veut éviter de voir les fils couper le tissu hépatique.

On peut pratiquer la suture du foie avec presque toutes les aiguilles, mais le plus souvent on est obligé de recourir aux aiguilles courbes, et la plus simple, c'est encore l'aiguille ronde manœuvrée avec un porte-aiguille quelconque; on emploiera encore volontiers une aiguille mousse. On utilisera pour la suture de la soie ou du catgut qu'on choisira le plus gros possible par rapport au chas de l'aiguille. Le catgut est préférable, parce qu'il se gonfle et obture ainsi mieux le trajet fait par l'aiguille dans le parenchyme.



Fig. 183. — Suture du foie.
Points non perforants.

On évitera ici de faire un surjet, car on risque de voir le surjet se relâcher immédiatement, si un de ces points vient à couper le tissu hépatique. On fera donc des points séparés qu'on espacera autant qu'il est nécessaire pour rapprocher les bords de la plaie. En réalité, les points sont destinés moins à rapprocher les bords de la plaie qu'à les maintenir rapprochés. Aussi est-ce à l'aide qu'il appartient d'accoler les bords de la

plaie : le chirurgien passe alors les fils en faisant décrire à l'aiguille la courbe convenable, et, tandis que les bords sont toujours maintenus en contact, il serre les nœuds avec beaucoup d'attention sans violence, mais avec assez de force pour que les lèvres



Fig. 181. — Suture du foie ; points perforants. Les doigts des aides appliquent l'une contre l'autre les deux lèvres de la plaie.

de la plaie n'aient aucune tendance à s'écarter une fois abandonnées à elles-mêmes.

On passera les fils aussi profondément que possible pour qu'ils étreignent la plus grande partie ou même la totalité des deux faces de la plaie hépatique et non simplement les bords de la solution de continuité.

Lorsque la plaie siège sur le bord antérieur du foie, au lieu de faire de simples anses de fil, on fera des points en U perforant toute l'épaisseur du foie.

TAMPONNEMENT DU FOIE

Dans les cas où la suture du foie est impraticable, on aura recours au tamponnement pour obtenir l'hémostase de la plaie. Ce tamponnement se fera au moyen de bandelettes de gaze stérilisée qu'on bourre dans la plaie soit avec le doigt, soit avec une pince en tassant prudemment ces bandelettes entre les deux lèvres de tissu hépatique.

CHAPITRE III

KYSTO-HÉPATOTOMIE

On désigne sous ce nom l'incision du foie pour ouvrir les kystes hydatiques dont il est si souvent le siège.

I. Ouverture de la paroi abdominale. — Sauf indications particulières, on commencera toujours par une incision médiane. Cependant, quand le kyste est bien localisé dans le lobe droit du foie et fait de ce côté une saillie considérable, on est autorisé à faire une incision latérale.

Lorsque le kyste vient saillir sur la face supérieure du foie, il est presque indispensable de joindre à l'incision de la paroi la résection du rebord thoracique. Enfin quand il fait saillie sur la face postérieure du foie, ce n'est plus par l'abdomen qu'il convient de l'aborder, mais bien par le thorax, par la voie transpleurale.

II. Ouverture du kyste. — L'abdomen ouvert, on explore avec soin le foie et on se dispose à inciser le kyste.

Presque toujours le kyste contient des germes (scolex ou vésicules prolifères) capables, quoi qu'on en ait dit, de se greffer soit dans la plaie, soit dans le péritoine et d'y reproduire de nouveaux kystes. Pour l'éviter, il convient, avant d'ouvrir le kyste, de tuer tous les germes qu'il contient.

Pour y arriver, on agira de la façon suivante. Avec un trocart, on ponctionne le kyste à son point le plus saillant et on le vide autant qu'on peut du liquide hydatique qu'il contient ⁽¹⁾ : alors, sans enlever le trocart, on injecte dans le kyste une quantité, assez rapprochée du volume de liquide enlevé, d'une solution antiseptique forte (formol à 1 pour 100 par exemple) qu'on laisse cinq minutes au moins dans l'intérieur du kyste. On vide de nouveau le kyste, on enlève le trocart et on ouvre le kyste.

(1) Le dispositif le plus simple consiste à adapter au trocart un long tube de caoutchouc terminé par un entonnoir : on peut ainsi vider le kyste sans aspiration par le mécanisme du siphon ou le remplir à volonté en relevant l'entonnoir (Quénu).

L'incision se fera sur le kyste à son point culminant : on incisera le tissu hépatique sur une longueur suffisante, lentement et prudemment ; à moins qu'une hémorragie ne force à ouvrir rapidement le kyste, on va ainsi en quelque sorte couche par couche en regardant jusqu'à ce qu'on pénètre non dans la cavité du kyste, mais entre la membrane adventice et la membrane prolifère rétractée. On en profitera pour essayer d'enlever celle-ci tout entière sans l'ouvrir. Il faut pour cela la saisir avec une pince et la tirer doucement au dehors tandis que l'autre main décolle prudemment les adhérences, d'ailleurs très faibles, qui l'unissent à la membrane adventice.

Le plus souvent, on n'arrivera pas à extraire ainsi la membrane entière. Il faut alors l'inciser, extraire tout son contenu de vésicules filles et extirper la membrane prolifère non pas en morceaux, mais autant que possible d'un seul tenant comme un véritable sac. Autant les adhérences de la membrane adventice avec l'extérieur sont solides, autant elles sont faibles avec la membrane prolifère dont il est toujours facile de la séparer.

III. Traitement du kyste. — Lorsque le kyste a été ainsi vidé et la membrane prolifère extirpée, il faut avec grand soin explorer le foie tout autour pour s'assurer qu'il n'existe pas d'autres kystes. Si on avait quelques doutes à cet égard, ne pas hésiter à pratiquer une ponction sur le point douteux. Si le kyste est unique, ou après avoir traité les kystes secondaires comme le premier, il faut se résoudre à traiter la poche kystique. Or, on se comportera différemment suivant que le kyste est ou non suppuré.

Kyste suppuré. Marsupialisation. — Il est de règle de laisser ici le kyste ouvert à l'extérieur pour permettre le drainage, en fixant à la peau les bords de l'ouverture du kyste.

Si le kyste avait acquis de grandes dimensions et si une grande partie de sa paroi est formée de tissu hépatique sclérosé, on est autorisé à en pratiquer la résection jusqu'au point où reparait le tissu hépatique normal. On diminue d'autant la cavité du kyste, qui se refermera ainsi plus vite.

En outre, comme l'ouverture faite à la paroi kystique est généralement beaucoup plus considérable qu'il n'est nécessaire pour le simple drainage, on doit commencer par la rétrécir.

Pour cela, on passe une série d'anses de fils qui embrassent chacune des deux lèvres de la plaie: les fils noués, on ne coupera pas les deux chefs, mais on s'en servira pour fixer le kyste à la paroi afin d'éviter que si la suture venait à lâcher, son contenu ne s'écoulât dans le ventre. On passe chacun des deux chefs dans une des lèvres de la plaie de la paroi, peau exceptée, sans les serrer. On suture alors la paroi plan par plan comme dans toute laparotomie, sauf au point laissé libre pour le drainage. Chemin faisant, on noue les fils qui fixent le kyste à la paroi. Pour terminer, on suture l'ouverture du kyste à la peau en prenant dans chaque fil toute l'épaisseur de la paroi du kyste d'une part et la peau d'autre part.

Kystes non suppurés. Fermeture avec ou sans capitonnage. — Le véritable traitement de ces kystes, c'est la suture et la réduction dans l'abdomen. On commence par assécher complètement la poche, puis on ferme l'ouverture du kyste par un

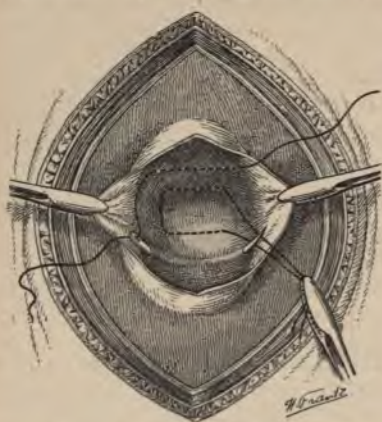


Fig. 182. — Capitonnage d'un kyste hydatidique du foie. Manière de passer les fils.

surjet commençant à une des extrémités de l'incision et prenant toute l'épaisseur des lèvres de la plaie. Les points seront assez rapprochés pour fermer bien hermétiquement l'ouverture du kyste.

Autant que possible, ne pas se contenter d'affronter la tranche de section du kyste, mais la rebrousser en dedans pour adosser deux surfaces péritonéales. Si même la paroi était assez

lâche pour le permettre, on fermerait le kyste par une double suture, l'une affrontant les lèvres de l'incision du kyste, l'autre enfouissant cette première suture.

La simple pression intra-abdominale suffit pour affaisser le kyste et mettre ses parois en contact; mais dans les kystes anciens à parois rigides, cela ne suffirait plus, il est nécessaire

de les rapprocher de force en pratiquant le capitonnage du kyste (Delbet).

A l'aide d'une aiguille très courbe, on passe un catgut solide dans une des parois du kyste : ce fil entre et ressort par la face endokystique, après avoir embroché une épaisseur de tissu suffisante pour que ce point d'appui soit solide (quelques millimètres). Il faut que l'aiguille chemine longuement dans la paroi de façon que les orifices d'entrée et de sortie soient éloignés de 1 1/2 à 2 centimètres au moins. On passe ensuite le même fil de la même façon au point symétrique de la paroi opposée. Les deux chefs sont saisis avec une pince, mais non encore noués, car il deviendrait impossible de passer d'autres fils. On en place ainsi 2 à 4 en commençant par les plus profonds. Lorsque tous les fils sont passés, on les serre dans le même ordre. Le capitonnage est alors terminé : la cavité du kyste est très diminuée par l'accolement de ses parois, mais non entièrement supprimée, car l'accolement est loin d'être parfait en tous points, ce qui est d'ailleurs inutile.

CHAPITRE IV

HÉPATOSTOMIE POUR ABCÈS

Nous désignerons sous ce nom l'opération qui a pour but l'ouverture et le drainage des abcès du foie.

A. — OUVERTURE AVEC FIXATION PREMIÈRE

1. *Incision de la paroi abdominale.* — Il ne saurait ici, le plus souvent, être question d'incision réglée de la paroi ; on fera une incision verticale passant par le point le plus saillant de la tumeur. Lorsqu'on aura fait préalablement une ponction exploratrice positive, on aura soin de laisser le trocart en place et on fera passer l'incision par le point de la ponc-

tion. En tout cas, l'incision devra être suffisamment longue pour permettre de manœuvrer à son aise dans la région.

II. Fixation du foie à la paroi. — Le péritoine ouvert, on commencera par vider le kyste. En ne l'évacuant qu'après fixation, on risquerait que la diminution de volume du foie qui en résulte tiraille les sutures et déchire le parenchyme hépatique; en outre, le foie en remontant pourrait détruire le

parallélisme entre l'incision de la paroi et l'incision de l'abcès.

Done, soit avec le trocart explorateur déjà en place, soit en ponctionnant directement le foie en son point le plus saillant et le plus fluctuant, on videra l'abcès aussi complètement que possible. Alors seulement on fixera le foie à la paroi.

Pour cela, on pratiquera une suture soit à points séparés, soit en surjet, avec de la soie ou du fil de grosseur moyenne; les points de sutures seront longs de 10 à 15 millimètres et ne pénétreront que peu profondément dans le parenchyme hépatique. Pour éviter de déchirer le foie, il est prudent de passer le fil en



Fig. 185. — Suture du foie au péritoine pariétal tout autour d'un abcès. On voit encore le trocart qui a servi à vider l'abcès.

deux fois. On aura soin aussi de ne pas trop serrer les fils.

On fixera ainsi le foie à tout le pourtour de l'incision du péritoine; il est parfois utile, si on a fait un surjet, de placer quelques points séparés complémentaires là où la suture semble incomplète ou défectueuse. Au cas où le foie serait largement adhérent à la paroi, ce temps serait absolument inutile.

III. Ouverture de l'abcès. — On ouvrira l'abcès en incisant aussi largement que possible toute l'épaisseur de tissu

hépatique qui le recouvre au bistouri ou, si on a quelque raison de craindre une hémorragie, au thermocautère.

On laisse le pus s'évacuer et on traite ensuite la poche de diverses façons, soit en nettoyant seulement sa face interne avec des tampons montés, soit en la lavant, soit en la curettant.

Si on veut faire un lavage, on le pratiquera avec du sérum artificiel stérilisé, tiède, on évitera toute force dans l'injection du liquide et on lui laissera une large issue pour ne pas faire éclater la poche.

Quant au curettage, il se pratique comme celui de la cavité utérine, avec précaution et sans force, jusqu'à ce qu'on sente qu'on gratte sur du tissu hépatique non ramolli et qu'on obtienne un véritable cri hépatique.

Avant de terminer, il faut explorer avec grand soin les alentours de l'abcès et bien s'assurer qu'il n'existe aucun autre abcès au voisinage de l'abcès ouvert : sinon il faudrait l'ouvrir dans la cavité de celui-ci.

On place dans la cavité de l'abcès un gros drain en caoutchouc et tout autour du drain on tamponne avec de la gaze aseptique modérément tassée.

IV. *Fermeture de la paroi.* — Si la plaie est de dimensions moyennes, on la laissera entièrement ouverte ; est-elle très longue, on en fermera une partie pour la raccourcir.

B. — OUVERTURE AVEC FIXATION DERNIÈRE

Comme dans le cas précédent, après incision de la paroi, on ponctionne l'abcès pour le vider aussi complètement que possible. Un aide, pressant alors fortement sur la paroi abdominale, la refoule au-dessous du foie de façon à appliquer fortement cette paroi contre le foie et à empêcher l'écoulement éventuel de pus dans la grande cavité. L'opérateur incise alors l'abcès et, introduisant aussitôt l'index gauche recourbé en crochet dans sa cavité, il soulève et applique ainsi plus étroitement le foie à la paroi.

Il n'y a plus alors qu'à fixer par une couronne de points de suture les lèvres de la plaie hépatique aux lèvres de l'incision cutanée, réalisant ainsi une vraie marsupialisation. On peut alors traiter l'abcès comme il convient.

CHAPITRE V

RÉSECTION DU FOIE

Consistant en l'ablation d'une portion du parenchyme hépatique, la résection du foie a été jusqu'ici peu pratiquée à cause du danger grave et immédiat d'hémorragie auquel elle expose.

Le mode opératoire idéal, c'est la *résection avec réduction immédiate*. C'est d'ailleurs la seule de mise dans nombre de cas, en particulier lorsque la tumeur siège en pleine face convexe du foie.

On commence par pratiquer une laparotomie médiane ou latérale, mais qu'il faudra faire longue pour avoir un large et facile accès sur le foie. On fait comprimer par un aide les vaisseaux du hile pour éviter une hémorragie qui pourrait être formidable lors de la résection. On incise alors le tissu hépatique en forme de coin en dépassant largement les limites de la tumeur.

Le tissu hépatique doit être incisé franchement et rapidement au bistouri ou aux ciseaux. On tamponne un instant la tranche de section, puis les vaisseaux béants sont pincés. Il est toujours facile de les isoler dans la gaine celluleuse qui les sépare du tissu hépatique quand la tranche de section est nette. Aussi faut-il opérer avec douceur et éviter les tractions intempestives, car celles-ci arrachent les vaisseaux qui se rompent en plein tissu hépatique à distance de la plaie et sur lesquels il n'est plus possible de placer des pinces hémostatiques.

Puis, à l'aide d'une longue aiguille courbe, on passe profondément des fils dans l'épaisseur du foie, de telle sorte qu'une fois serrés ils rapprochent et accolent les deux faces cruentées de la plaie hépatique, réalisant ainsi l'hémostase. Au besoin on ajoutera quelques points superficiels dans l'intervalle des points profonds.

Le foie ainsi suturé sera réduit dans l'abdomen et la paroi suturée.

Quand on veut réséquer une grosse portion de foie, il vaut mieux pratiquer l'hémostase préventive, en divisant la zone du foie sur laquelle doit porter la section en une infinité de petits pédicules qu'on lie isolément. Chaque pédicule est lié en masse, le fil serré lentement et fortement, de manière à écraser le tissu hépatique et à ne garder dans le nœud que les vaisseaux plus résistants, puis on sectionne chaque pédicule devenu exsangue.

Pour faire ces pédicules, une aiguille mousse est passée lentement dans le tissu hépatique en évitant la blessure des vaisseaux; on passe ainsi un fil de gros catgut étreignant un pédicule épais de 1 à 2 centimètres. On le sectionne, puis on recommence plus loin, jusqu'à ce qu'on ait ainsi cerné la zone entière à enlever. Ici encore on taillera autant que possible la surface hépatique en coin et l'on en suturera les deux lèvres.

Lorsque la tumeur à enlever siège au niveau d'un des bords du foie, on circonscrit la zone de foie que l'on désire réséquer avec une série d'anses de fils assez rapprochées, traversant le foie dans toute son épaisseur et qu'on aura soin d'enchaîner les unes avec les autres pour éviter qu'elles ne glissent. Après résection, on les serre de façon à obtenir une hémostase parfaite. Il ne reste plus pour terminer qu'à rapprocher les bords de la perte de substance qu'on doit s'efforcer de tailler en coin. On peut aussi en pareil cas avoir recours à un autre procédé très sûr, mais qui ne peut être suivi de réduction intrapéritonéale du moignon.

On incise l'abdomen au niveau du siège présumé de la tumeur, on explore le foie, et la tumeur est attirée au dehors à travers les lèvres de la plaie et maintenue ainsi par les doigts d'un aide. On passe alors une série de fils de la façon suivante. Ayant choisi un fil solide (soie ou catgut), on traverse avec une aiguille droite successivement la lèvre interne de l'incision abdominale, moins la peau, puis le foie d'une face à l'autre, enfin la lèvre externe de la plaie; on ramène ensuite un peu plus loin le fil en ordre inverse, si bien qu'on a un véritable point en U, embrassant, outre toute l'épaisseur du foie, les deux lèvres de l'incision de l'abdomen. On passe ainsi une série de points, d'une extrémité à l'autre du pédicule

de la tumeur; on prendra simplement garde de bien passer les fils au delà du point où on croit devoir inciser.



Fig. 184. — Résection cunéiforme du foie.
Manière de suturer la plaie (Waring).

Lorsque tous les fils ont été passés, on les serre à fond de façon à fortement comprimer entre les lèvres de la plaie de l'abdomen la portion de foie extériorisée et à en faire l'hémostase.

Il n'y a plus alors qu'à sectionner la tumeur en deçà des fils en coupant autant que possible en coin le tissu hépatique. Si la compression a été bien faite, la tranche de tissu hépatique ne doit pas saigner.

On ferme alors la plaie du foie en rapprochant ses deux faces l'une de l'autre par quelques points de suture; par-dessus on suture la paroi abdominale et enfin la peau.

CHAPITRE VI

HÉPATOPEXIE

On désigne ainsi l'opération qui a pour but de fixer à la paroi abdominale le foie devenu mobile et généralement prolabé.

1. *Incision de la paroi.* — L'incision sera celle d'une laparotomie latérale passant le long du bord externe du muscle grand droit. Cette incision commencera en bas, au-dessous de l'ombilic, et remontera en haut à 5-6 centimètres au-dessus du bord inférieur de la cage thoracique. On fera fortement écarter les lèvres de la plaie pour pouvoir facilement explorer le foie et

tout particulièrement le lobe droit, qu'il faut pouvoir découvrir aussi loin que possible.

II. *Passage des fils.* — A. *Hépatopexie partielle.* —

Lorsqu'on ne doit fixer qu'une petite portion du foie, un lobe flottant par exemple, il suffit de recourir au procédé suivant.

On prend des catguts de grosseur moyenne qu'on passe dans le foie près du bord libre du lobe sur sa face antérieure avec une simple aiguille courbe.

Le fil est entré par son milieu de façon



Fig. 185. — Hépatopexie partielle (Delagénière).

à se trouver double, l'anse étant coupée en son milieu, les deux chefs sont noués l'un avec l'autre à l'entrée et à la sortie du parenchyme.

On passe ainsi de quatre à six fils suivant l'étendue du lobe à fixer, les fils étant distants de 20 millimètres l'un de l'autre : ils plongent dans le foie à 1 centimètre de profondeur et leur orifice d'entrée sera à 3 ou 4 centimètres au moins de leur orifice de sortie : ils auront une direction sensiblement antéro-postérieure.

Les fils ainsi disposés doivent maintenant être passés dans la paroi : pour cela les deux chefs postérieurs de chaque fil sont passés séparément à 1 centimètre de distance l'un de l'autre à travers le rebord costal et les plans musculaires, puis noués ensemble. Les deux chefs antérieurs traversent de la même façon, mais plus bas, la paroi abdominale et sont noués ensemble.

Il va sans dire que pour passer tous ces fils il faut fortement écarter les lèvres de la plaie et même décoller la peau assez loin des deux côtés.

B. *Hépatopexie totale.* — La meilleure pratique est ici de suspendre le foie tout entier par une longue anse de fil soulevant tout l'organe par sa face inférieure et traversant ainsi en deux points toute son épaisseur.

On prend une anse de grosse soie, longue de 4 m. 50 environ, et à l'aide d'une aiguille de Reverdin ou de toute autre

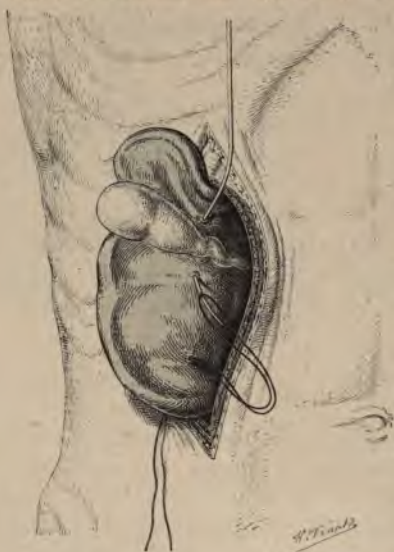


Fig. 186. — Hépatopexie totale.
Manière de passer le fil (2^e temps).

aiguille, on lui fait traverser toute l'épaisseur du foie en la prenant par le milieu.

Le lobe droit du foie étant bien à découvert, on perfore le foie de part en part avec l'aiguille à 4-5 centimètres en arrière du bord antérieur et de la face inférieure vers la face supérieure. L'anse passe alors sous la face inférieure du foie, et pour éviter à la fois qu'elle ne glisse et qu'elle ne comprime la vésicule biliaire, à l'aide de l'aiguille courbe on la fait passer dans l'intérieur du parenchyme hépatique de droite à gauche

au-dessus de la vésicule biliaire.

Arrivé au lobe gauche du foie, on fait retraverser au fil toute l'épaisseur du foie à l'aide de l'aiguille qui le traverse cette fois de sa face supérieure vers sa face inférieure. Après avoir coupé l'anse de fil en son milieu, on a alors deux fils de soie traversant le foie à droite et à gauche et passant en anse sous toute sa face inférieure.

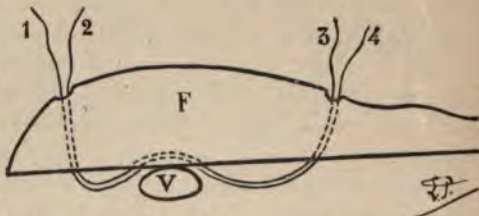


Fig. 187. — Schéma du passage des fils dans le foie.
F, foie. — V, vésicule biliaire.

On noue d'abord entre eux les deux chefs de droite, puis

les deux chefs de gauche, avant de leur faire traverser l'épaisseur des parois de l'abdomen pour fixer le foie.

Chacun des deux chefs des fils est passé isolément à travers toute l'épaisseur de la paroi abdominale, peau exceptée, de telle façon que le chef supérieur traverse l'espace intercostal le plus bas situé au point considéré et que le chef inférieur passe immédiatement au-dessous du rebord costal. Le fil de gauche est ainsi passé près du sternum dans l'extrémité antérieure du VI^e espace intercostal; celui de droite dans le IX^e ou X^e espace sur la paroi latérale du tronc. Puis pendant qu'un aide soulève le foie et l'applique contre la voûte diaphragmatique, on noue ensemble

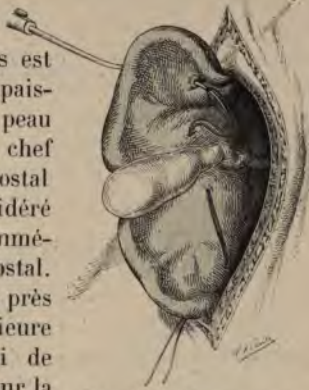


Fig. 188. — Passage du fil (3^e temps).

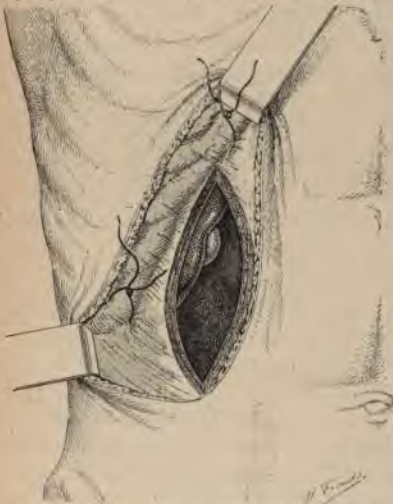


Fig. 189. — Les fils de suspension du foie ont été passés à travers la paroi thoracique et vont être noués.

les deux chefs de chaque fil en serrant à fond sans craindre de couper le foie, grâce aux nœuds déjà faits aux fils à leur entrée et à leur sortie du parenchyme. Lorsque les deux chefs ont été noués, le foie se trouve suspendu au rebord costal qui lui forme un point d'appui solide.

Si on craignait qu'une seule anse ne fût pas suffisante, rien ne serait plus facile que de passer de même une deuxième anse double plus en avant et de la fixer à la paroi.

III. Fermeture de l'abdomen. — On fait une suture à trois étages qui ne présente rien de particulier.

II^e SECTION. — CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

CHAPITRE I

EXPLORATION DES VOIES BILIAIRES

Presque toutes les interventions sur les voies biliaires étant pratiquées pour la lithiase, il faut toujours pouvoir explorer la totalité des voies biliaires extrahépatiques.

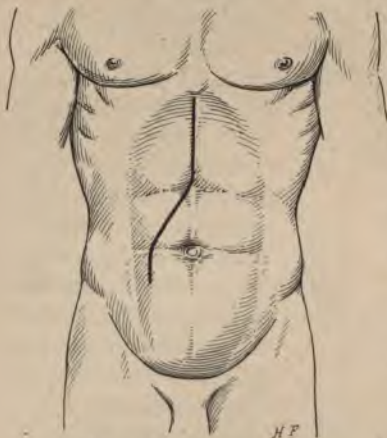


Fig. 190. — Incision de Kehr.
Tracé de l'incision.

Position. — Le malade sera couché en décubitus dorsal, la région lombaire reposant sur un coussin de sable, ou une alèze roulée qui exagère la lordose lombaire. Le foie tend à basculer en haut, la masse intestinale en bas, l'espace sous-hépatique bâille en avant et le cholédoque se rapproche considérablement de la paroi abdominale antérieure.

Incision de la paroi.

— Il faut une incision donnant beaucoup de jour et n'exposant pas à une éventration (1). Aussi donne-t-on aujourd'hui la préférence à l'incision ondulée de Kehr.

Cette incision, en forme de baïonnette, part en haut du som-

(1) Seules les incisions verticales remplissent ces conditions; encore l'incision médiane rend-elle difficiles les manœuvres sur la vésicule; l'incision en dehors du grand droit a les mêmes inconvénients pour le cholédoque et toutes deux exposent à un débridement transversal à travers le grand droit.

met de l'appendice xiphoïde, descend verticalement sur la ligne médiane jusqu'à mi-chemin de l'ombilic, où elle change de direction pour se porter en dehors et en bas à travers le grand droit jusqu'au tiers externe du muscle : on choisit de préférence pour cela une intersection tendineuse. Elle redevient alors verticale dans le muscle à l'union du tiers externe et des deux tiers internes jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Après section du muscle, on ouvre le feuillet profond de la gaine et le péritoine à la partie moyenne de l'incision, et on prolonge cette incision directement en haut et en bas vers les deux extrémités de la plaie. On rencontre parfois chemin faisant le ligament suspendu du foie qu'on coupera entre deux ligatures,

Exploration proprement dite. — L'abdomen ouvert et garni, le premier soin du chirurgien doit être de se porter au bord antérieur du foie, qu'il doit faire récliner fortement en haut et à droite par un aide pour mettre à découvert les voies biliaires.

En l'absence d'adhérences de la région, la chose est facile. Mais souvent la région est déformée par des adhérences qui unissent le côlon transverse et parfois le grand épiploon au bord inférieur du foie et à la paroi abdominale. Dans ce cas il faut avec soin détacher ces adhérences, séparer le côlon du foie; avec de la patience et des précautions, on arrive toujours à bonne fin. Il faut avoir soin de pincer et de lier les vaisseaux qui pourraient saigner.

Le foie ainsi relevé, le second point de repère doit être la vésicule biliaire, qui peut être normale et occuper son siège habituel au niveau de l'encoche correspondante du bord antérieur du foie. Mais parfois aussi, après avoir non sans peine détaché le côlon du foie, on tombe sur une vésicule scléreuse et rétractée.



Fig. 191. — Incision de Kehr.
Incision terminée.

Ayant découvert la vésicule, on l'explore, puis on suit le cystique jusqu'au cholédoque. Pour explorer ce dernier, le mieux est d'introduire un doigt dans l'hiatus de Winslow et sur ce doigt de palper le canal cholédoque avec un autre doigt. Malheureusement, l'hiatus de Winslow est très souvent fermé par des adhérences, et pour le trouver on est obligé de suivre le cystique. Aussi dans les cas où la vésicule est introuvable ou a été antérieurement enlevée et où tous les rapports des organes sous-hépatiques sont modifiés, le cholédoque est presque impossible à trouver. Le seul moyen d'y arriver, si l'on ne veut avoir recours au cathétérisme après duodénotomie, consiste à effondrer le petit épiploon à gauche du pédicule hépatique et à aborder à rebours l'hiatus de Winslow, c'est-à-dire de l'arrière-cavité vers la grande cavité abdominale, de gauche à droite.

Pour explorer le canal hépatique, on remonte le long du cholédoque jusqu'au hile du foie.

Quant à la portion rétropancréatique du cholédoque, il faut, pour l'explorer sérieusement, décoller le duodénum et la face postérieure de la tête du pancréas. (Voir Cholédochotomie, p. 252).

Fermeture de la paroi. — Pour fermer l'incision de la paroi, on fera une suture à plusieurs plans : un plan séro-fibreux sur le feuillet postérieur de la gaine du droit et le péritoine ; quelques points réunissant les deux moitiés du muscle droit, un plan sur le feuillet antérieur de la gaine et un dernier plan sur la peau. Si, comme il arrive souvent, il était nécessaire de drainer, on ferait passer mèches et drains par la partie de l'incision qui semblerait la plus favorable et on fermerait le restant de l'incision.

CHAPITRE II

CATHÉTÉRISME DES VOIES BILIAIRES

Le cathétérisme des voies biliaires peut être direct, c'est-à-dire se faire du duodénum vers le foie ou la vésicule, ou au contraire rétrograde, de la vésicule vers le duodénum : c'est celui qui est le plus fréquemment employé.

Le *cathétérisme direct* ne présente aucune particularité technique. La papille duodénale ayant été découverte, parfois même incisée, on introduit l'instrument voulu (sonde cannelée, stylet, sonde en gomme ou en baleine), on le pousse doucement en haut à peu près directement et on peut ainsi facilement explorer l'hépatique ; pour explorer le cystique, au niveau du carrefour, on incline l'instrument un peu à droite.

Le *cathétérisme rétrograde* se fait dans deux circonstances différentes, au cours d'une laparotomie comme exploration complémentaire ou en dehors de toute intervention par une fistule biliaire cutanée.

1° *Cathétérisme au cours d'une laparotomie.* — Les instruments que l'on peut employer sont d'ordres divers : les uns souples (sondes en gomme élastique, en baleine), les autres rigides (cathéters métalliques, en particulier les béniqués), mais il est important de ne choisir que des instruments de faible calibre (n° 4-6 de la filière Charrière).

Quoi qu'on en puisse dire, le cathétérisme des voies biliaires est loin de représenter une opération facile et il faut s'attendre à fréquemment échouer.

Le plus souvent c'est par la vésicule et le cystique qu'on pratique le cathétérisme, après ouverture de la vésicule et ablation des calculs qui y étaient logés. Or, la partie délicate de l'opération, c'est le passage de la vésicule dans le cholédoque ; c'est presque toujours pendant la traversée du col de la vésicule et du canal cystique que l'on est arrêté.

On introduit le cathéter choisi avec douceur et on essaie de

lui faire doubler le col de la vésicule : avec quelques tâtonnements, surtout en imprimant à l'instrument de petits mouvements de vrille, on le fera pénétrer dans le canal cystique, puis dans le cholédoque et même jusque dans l'intestin. Il faut toutefois bien s'assurer par la palpation que le cathéter ne s'est pas recourbé et ne remonte pas vers le foie par le canal hépatique, ce qui est bien rare.

Lorsqu'on ne peut passer, il ne faut pas presser avec force, mais par la palpation externe aller vérifier la cause de l'arrêt.

On a également conseillé diverses manœuvres comme d'essayer de passer en employant plusieurs bougies filiformes introduites en faisceau.

Dans les cas où on ne pourrait faire pénétrer une sonde dans le canal cystique, par suite d'un obstacle au niveau du bassinot (valvule), il ne faudrait pas hésiter à inciser la vésicule jusqu'à

ce niveau pour pouvoir *de visu* faire entrer la sonde dans le canal cystique.

On n'a maintenant presque jamais recours à semblable cathétérisme et l'exploration interne des voies biliaires ne se pratique plus guère qu'au cours d'une cholédochotomie.

Le cathétérisme du cholédoque se fera avec une bougie à bout olivaire n° 10 : cette bougie pénètre d'autant plus facilement que le cholédoque est souvent dilaté.

La bougie chemine ainsi sur une longueur plus ou

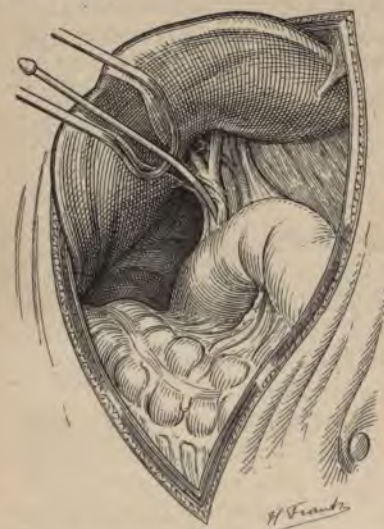


Fig. 192. — Cathétérisme du canal cholédoque à travers la plaie résultant de l'ablation du canal cystique.

moins grande, puis, arrivée à la papille duodénale, elle éprouve un ressaut et on a la sensation qu'elle se meut dans un espace libre, c'est-à-dire dans le duodénum, et pour s'en assurer il

est facile de sentir son extrémité à travers la paroi intestinale.

Pour cathétériser le canal hépatique, on profitera de cette même incision de cholédochotomie en poussant le cathéter en haut vers le hile du foie. Il va sans dire que si on fait ce cathétérisme après celui du cholédoque, on aura soin de ne pas se servir de la bougie qui a pénétré dans le duodénum pour ne pas infecter le canal hépatique.

2° *Cathétérisme sans laparotomie.* — Lorsque le cathétérisme se fait à travers une fistule biliaire, il ne saurait y avoir de règles précises. On emploie un instrument souple (sonde en gomme n° 4-8 de la filière Charrière). La seule règle, c'est la prudence. On entrera la sonde avec douceur et on la poussera sans jamais forcer. Il faut tâtonner, s'y reprendre souvent et ne pas oublier que ce n'est qu'exceptionnellement qu'on pourra espérer arriver au résultat cherché.

CHAPITRE III

CHOLÉCYSTOTOMIE

C'est l'incision de la vésicule biliaire immédiatement suivie de sa suture ou la nomme encore cholécystotomie idéale ou cholécystendyse.

I. *Incision de la paroi.* — Incision ordinaire ondulée.

II. *Découverte de la vésicule.* — Le péritoine incisé, on va à la recherche de la vésicule. Pour cela, il faut d'abord trouver le bord antérieur du foie et sur ce bord l'encoche au niveau de laquelle repose ordinairement la vésicule. Relevant alors le foie, on aperçoit immédiatement celle-ci.

III. *Ouverture de la vésicule.* — La vésicule ayant été bien explorée extérieurement, après l'avoir vidée par ponction, si elle était distendue, on l'attire au dehors et l'ayant entourée d'un lit de compresses, on l'incise aux ciseaux en faisant à son sommet un pli dont on tranche la base. Les bords de

l'incision, agrandie s'il y a lieu, sont saisis avec de petites pinces de Kocher. Il ne reste plus alors qu'à pratiquer les explorations que l'on juge nécessaires (cathétérisme, évacuation de calculs, etc.).

IV. Fermeture de la vésicule. — La vésicule ayant été bien asséchée, on ferme l'incision faite à la paroi par un surjet total embrassant toutes les parois, puis ce surjet lui-même est enfoui par un deuxième surjet séro-séreux.

V. Fermeture de la paroi abdominale, par étages, sans drainage.

CHAPITRE IV

CHOLÉCYSTOSTOMIE

Lorsqu'après incision de la vésicule biliaire, au lieu de refermer l'incision, on abouche la vésicule à la paroi, on fait une cholécystostomie.

1^o CHOLÉCYSTOSTOMIE AVEC FIXATION A LA PAROI

I. Incision de la paroi abdominale et recherche de la vésicule. — On pratique généralement une incision verticale sur le bord externe du grand droit. Le péritoine incisé et la région protégée, on va à la recherche de la vésicule.

Celle-ci est parfois volumineuse, distendue par du liquide et se présente d'elle-même dans la plaie; parfois, de volume normal, elle occupe son siège habituel et se trouve au niveau de l'encoche correspondante du bord antérieur du foie. Mais souvent la région est déformée par des adhérences qui unissent le côlon transverse et parfois le grand épiploon au bord inférieur du foie et à la paroi abdominale. Dans ce cas, il faut avec soin détacher ces adhérences, séparer le côlon du foie; avec de la patience et des précautions, on arrive toujours à bonne fin; mais quand on a pu ainsi détacher le côlon du foie, on tombe

souvent sur une vésicule scléreuse, rétractée, qui n'existe plus.

II. *Ouverture de la vésicule.* — Cette ouverture se fait un peu différemment suivant son état. Lorsqu'elle est distendue par du liquide, il est bon, avant de l'inciser, de la ponctionner pour la vider de la plus grande quantité du liquide qu'elle contient. Sinon on se contentera de l'inciser aux ciseaux.

III. *Fixation à la paroi.* — Les deux lèvres de l'incision sont repérées avec deux petites pinces de Kocher, les explorations ou manœuvres jugées utiles pratiquées; il n'y a plus qu'à fixer la vésicule à la paroi.

La vésicule est amenée dans la plaie et on place quatre fils de catgut ou de soie fine, prenant d'un côté le péritoine et les couches profondes qui le doublent, de l'autre la musculo-séreuse de la vésicule: bien entendu, ces points ne seront pas perforants.

On placera ainsi deux fils en dehors et deux fils en dedans. En

haut et en bas, on fixe de même la vésicule par un point traversant les deux lèvres de la plaie péritonéale et la musculo-séreuse vésiculaire. On finit alors de fermer la plaie par un surjet sur le péritoine.

On place un gros drain dans la vésicule et on suture toute la plaie de l'abdomen, sauf où passe le drain. Il est bon en ce point de fixer par quatre fils perforants le bord de l'ouverture de la vésicule à l'aponévrose du grand oblique.

On suture enfin la peau.

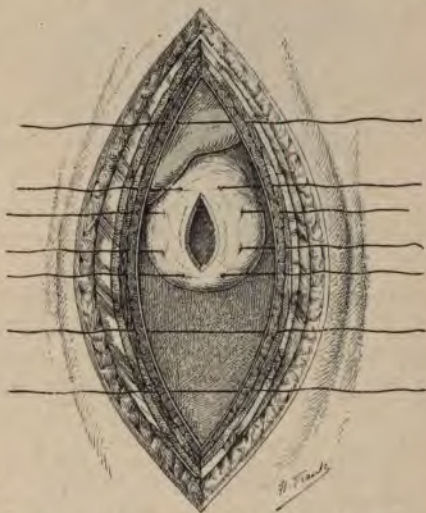


Fig. 195. — Cholécystostomie. Fixation de la vésicule au péritoine pariétal.

2° CHOLÉCYSTOSTOMIE SANS FIXATION

Cette cholécystostomie peut être pratiquée par nécessité ou de parti pris.

On fait cette opération par nécessité quand on se trouve en présence d'une vésicule petite et rétractée qu'il est impossible d'amener à l'extérieur pour l'aboucher à la paroi. Un gros drain,

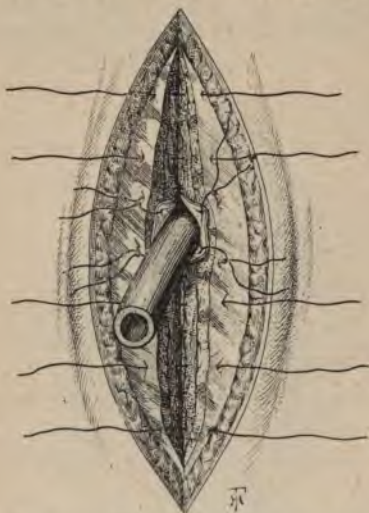


Fig. 194. — Cholécystostomie. Fixation de la vésicule à l'aponévrose du muscle grand oblique



Fig. 195. Opération terminée.

dont une extrémité pénètre dans la vésicule est mené à l'extérieur le long de la face inférieure du foie; au-dessous de ce drain, on suture ensemble les débris d'adhérences, des fragments d'épiploon, de façon à faire un véritable canal séreux, continuant la vésicule jusqu'à la paroi. On ferme alors la plaie de l'abdomen en laissant le drain sortir à l'extérieur.

Quand on pratique cette opération de parti pris, la vésicule découverte est ponctionnée, puis largement incisée au fond : les calculs sont extraits. On examine alors la vésicule, son col et le cystique pour s'assurer qu'ils ne contiennent pas de calculs; on cherche à voir sourdre la bile par le col de la vésicule

pour ne pas faire un drainage inutile s'il existe un obstacle sur le cystique ou l'hépatique.

On introduit alors dans la vésicule un drain non perforé de 1 centimètre de calibre qu'on enfonce de 2 à 5 centimètres dans la cavité : on ferme la brèche vésiculaire en serrant la suture autour du drain et on le fixe à la vésicule par un catgut.

Le drain sort par la plaie abdominale en longeant la face inférieure du foie ; on glisse sous la vésicule une lamelle de gaze qui sort au-dessous du drain et on referme la paroi. On adapte au drain un tube siphon.



Fig 196. — Cholécystostomie sans fixation.

La gaze peut être enlevée vers le 5^e ou 6^e jour ; et le drain à partir du 12^e au 15^e jour.

Cette cholécystostomie est simple, évite les adhérences qui peuvent donner lieu à des douleurs très vives ou à des coupures.

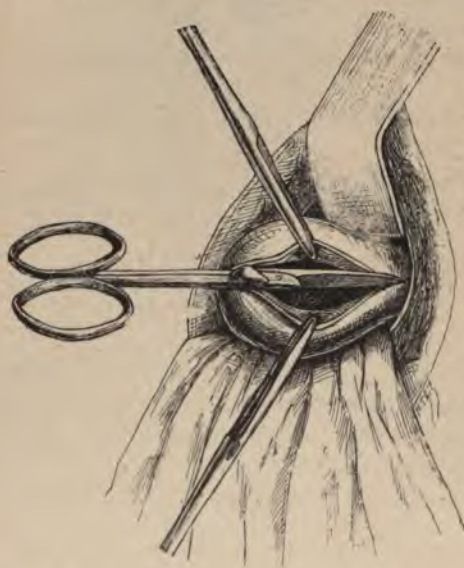
CHAPITRE V

CYSTICOTOMIE

On désigne sous ce nom l'incision du canal cystique, mais il est très rare qu'on pratique cette opération seule; presque toujours elle est accompagnée d'une cholécystotomie et se termine par l'abouchement de la vésicule à la peau. C'est ainsi que nous décrirons l'opération.

Elle ne se pratique guère qu'en cas de calcul du canal cystique, enchaîné, qu'il n'est pas possible de faire refluer vers la vésicule pour l'extraire par cholécystotomie.

L'incision de la paroi, l'ouverture de la vésicule ne présentent



rien de particulier. La vésicule ouverte, on la débarrasse des calculs qu'elle contient, on y fait refluer les calculs du canal cystique et ce n'est qu'après s'être convaincu qu'il reste dans ce canal un calcul non mobilisable qu'on agit comme il suit.

On fend aux ciseaux, sur la face latérale gauche, la vésicule de son fond vers son bassin, en repérant chacune des deux lèvres de l'incision

Fig. 197. — Cysticotomie. Incision de la vésicule biliaire (Delagénière).

avec une pince de Kocher; on continue toujours l'incision vers

le canal cystique. A l'aide des pinces, on attire progressivement les points à inciser en déplaçant et remettant successivement les pinces plus haut, pour attirer à l'extérieur les parties profondes des voies biliaires.

On incise ainsi jusqu'à ce qu'on arrive sur le siège du calcul. Lorsque ce dernier ainsi libéré a été extrait, on procède au cathétérisme des voies biliaires pour s'assurer qu'il n'existe aucun autre obstacle plus bas.

Reste alors à refermer l'incision. Pour cela avec une très fine aiguille et un fil très fin, on fait sur le cystique un surjet que l'on continue sur la vésicule. Ce surjet sera fait à points très rapprochés et commencera à l'extrémité profonde de l'incision.

Sur le canal cystique, on se contentera d'un seul plan de sutures qu'on fera non perforantes; sur



Fig. 198. — Cysticotomie. Incision du canal cystique (Delagénère).



Fig. 199. — Cysticotomie. Suture du canal cystique (Delagénère).

la vésicule au contraire et même sur le cystique, s'il est dilaté, on fera deux plans : un surjet total perforant et un surjet séro-séreux. En général, on ne suture pas toute la vésicule, mais on laisse son fond ouvert et on l'abouche à la paroi. On referme ensuite la paroi abdominale en trois plans comme d'ordinaire, mais il est toujours utile de drainer la loge sous-hépatique pour le cas où la suture se montrerait insuffisante, au moins en quelque endroit.

CHAPITRE VI

CHOLÉCYSTECTOMIE

C'est l'opération qui a pour but l'extirpation de la vésicule biliaire. Dans tous les cas, on enlèvera le cystique en même temps que la vésicule pour éviter la reformation d'une vésicule avec ses dangers.

I. *Incision de la paroi.* — Incision ondulée.

II. *Exploration des voies biliaires.* — Il est rare qu'on intervienne pour pratiquer de propos délibéré une cholécystectomie; aussi doit-on commencer par explorer les voies biliaires, le plus souvent après avoir libéré les nombreuses adhérences qui les unissent aux organes voisins.

III. *Libération de la vésicule et du canal cystique.* — Ces organes ne sont plus adhérents qu'au foie, puisqu'auparavant pour les explorer, on a dû les libérer de leurs adhérences anormales à l'intestin, à l'épiploon.

Pour décoller la vésicule du foie, on fait soulever le bord antérieur du foie par un aide pour bien exposer sa face inférieure. Avec la pointe du bistouri, on incise franchement dans le sinus cystico-hépatique, plutôt sur la vésicule que sur le foie, et avec le doigt ou les ciseaux mousses, on décolle lentement et prudemment la vésicule de sa fossette hépatique. Il est plus facile de décoller la vésicule pleine et tendue que vide et flasque. Aussi, comme le plus souvent, on a déjà dû ouvrir la vésicule,

on la bourrera de gaze stérilisée : si, au contraire, elle était pleine d'un liquide qu'on crut septique, il ne faudrait pas hésiter à la ponctionner, puis à l'ouvrir et à la tamponner.

On tamponne la fossette hépatique pour arrêter l'hémorragie en nappe qui résulte du décollement. On arrive ainsi peu à peu

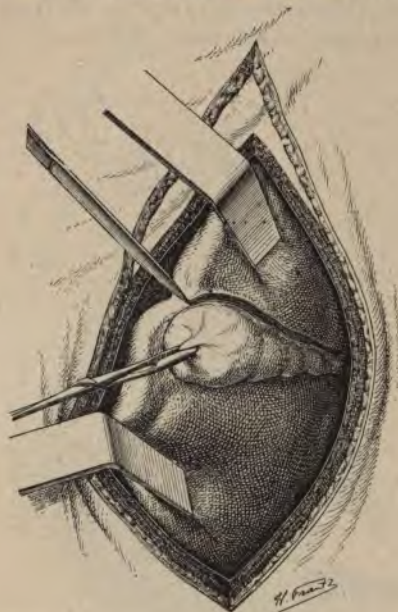


Fig. 200. — Cholécystectomie. Incision du péritoine autour de la vésicule.

au canal cystique qu'on décollera avec grande précaution pour éviter de le rompre, car il est parfois très friable. En outre, il est bon de le pincer d'abord au-dessus du cholédoque pour éviter qu'un calcul ne soit refoulé dans ce canal au cours des manœuvres. On peut avantageusement, avant de lier le cystique, profiter de sa section pour explorer les voies biliaires principales : il suffit de sectionner le canal au-dessous d'une pince et de repérer son moignon avec deux petites pinces de Kocher.

IV. Ligature et section du cystique. — Lorsque le cystique a été bien isolé, on le lie pour empêcher la bile de refluer par lui. La ligature se fait au ras du cholédoque avec un fil

(catgut de préférence) qu'on serre à fond, mais sans trop de brusquerie. Au-dessus du canal cystique et venant du hile du foie, on voit assez souvent l'artère cystique : on doit toujours, autant que possible, la lier séparément sans la prendre dans le même fil que le canal cystique.

A 4 centimètre au-dessus de la ligature du canal cystique, on place une pince pour éviter toute issue de bile venant de la



Fig. 201. - - Décollement de la vésicule de la fossette cystique.

vésicule et on coupe entre les deux au thermocautère, puis avec lui, on grille la muqueuse du moignon cystique.

On s'efforcera d'enfouir ce moignon au milieu des débris de péritoine, d'adhérences ou d'épiploon qu'on trouve autour de lui et qu'on rassemblera avec un ou deux points de suture.

V. Fermeture de la paroi. — La paroi sera complètement fermée par une suture à étages lorsqu'il n'y a ni hémorragie, ni crainte d'infection ; mais, lorsque la plaie due au décollement de

la vésicule suinte toujours, il est bon de laisser un tamponnement à demeure. On drainera avec un simple tube lorsqu'on craindra un peu d'infection du péritoine.

Lorsque la vésicule n'a pas été enflammée, on peut assez souvent la séparer du péritoine qui la recouvre et faire une décor-

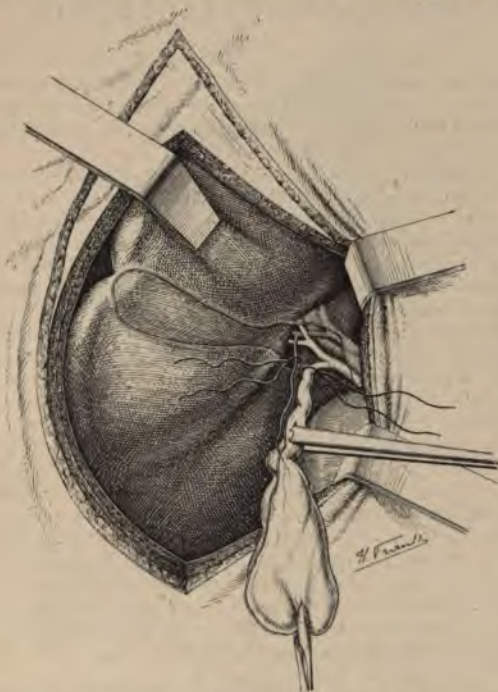


Fig. 202. — Ligature du canal cystique et de l'artère cystique.

tication sous-séreuse. Pour cela, on incise le péritoine sur la face inférieure de la vésicule, on décolle de chaque côté les deux lambeaux péritonéaux, qui après l'extirpation seront suturés l'un à l'autre et serviront à péritoniser la face inférieure du foie. D'ailleurs, dans tous les cas, on s'efforcera de suturer les débris péritonéaux qu'on trouve sur la face inférieure du foie pour péritoniser autant que possible la fossette cystique.

CHAPITRE XII

CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE

L'opération qui porte ce nom a pour but d'établir une communication artificielle entre la vésicule biliaire et une portion quelconque du tube digestif. Comme toutes les anastomoses viscérales, on peut la faire soit à l'aide d'un bouton, soit à l'aide de sutures.

Avec les progrès qu'a faits la chirurgie biliaire, la cholécystentérostomie ne doit plus être employée en cas de lithiasé biliaire, mais seulement quand il existe un obstacle définitif et insurmontable au cours de la bile, c'est-à-dire 9 fois au moins sur 10 en cas de cancer de la tête du pancréas ou de l'ampoule de Vater, comprimant ou obstruant le canal cholédoque. C'est dire qu'en pareil cas, la vésicule biliaire est non pas rétractée, mais au contraire distendue.

La communication devra être établie dans des conditions rappelant autant que possible les conditions normales. En outre, elle sera placée sur un viscère assez rapproché de la vésicule pour que l'approximation des deux organes se fasse de soi-même et sans tiraillements. A cet égard, le mieux, c'est l'anastomose cystico-duodénale, mais elle n'est pas toujours possible : alors on fera une cholécystogastrostomie en anastomosant la vésicule à l'estomac, la présence de la bile dans l'estomac n'ayant pas, au point de vue digestif, les inconvénients qu'on a pu penser. D'ailleurs, il est toujours possible et facile d'anastomoser la vésicule avec l'intestin grêle. Pour cela on fait passer l'intestin en avant du côlon transverse pour l'amener au contact de la vésicule. On pourrait aussi faire une cholécystentérostomie transmésocolique : mais cela est plus difficile à cause du peu de largeur du mésocôlon transverse près de l'angle hépatique. Ce n'est qu'en dernière ressource que l'on recourra à la cholécysto-colostomie. A part le point où on abouche la vésicule, il n'y a pas de différence entre ces diverses opérations.

I. Incision. — L'incision sera l'incision ondulée ordinaire.

On aura soin, par une ponction, de vider entièrement la vésicule ; si même elle contenait des calculs, il ne faudrait pas hésiter à l'ouvrir pour les enlever.

II. Anastomose. — *Cholécystentérostomie avec sutures* — 1^{re} *Anastomose latéro-latérale.* — On choisira le viscère à anastomoser, autant que possible le duodénum, la portion pylorique de l'estomac ou une anse jéjunale : on l'attirera en dehors pour que l'anastomose soit établie hors du

ventre sans crainte de souillure du péritoine. Sur la vésicule, l'anastomose sera établie autant que possible au niveau de son fond qui est son point le plus mobile.

A. *Surjet séro-séreux postérieur.* — On commence par pratiquer un surjet non perforant qui unisse les deux organes l'un à l'autre. Ce surjet sera non pas rectiligne, mais légèrement

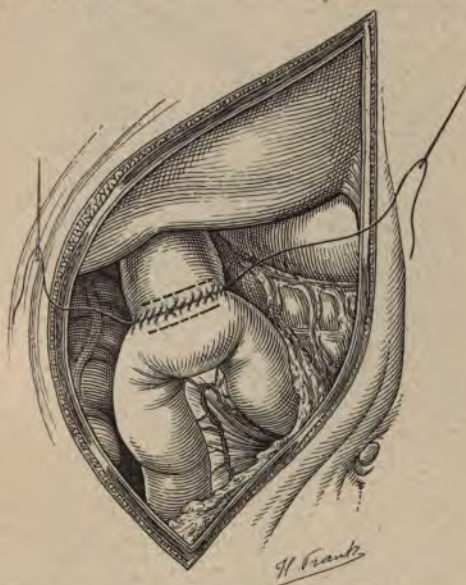


Fig. 203. — Cholécystentérostomie. — 1^{er} temps. Suture séro-séreuse postérieure.

courbe à concavité tournée en avant comme dans la gastro-entérostomie, pour faciliter la mise en place du surjet séro-séreux antérieur. A l'une des extrémités, on laisse un chef de fil long tenu par une pince; à l'autre le fil est arrêté et conservé avec l'aiguille qu'il enfle. Ce surjet sera long de 5 à 4 centimètres.

B. *Ouverture des viscères et sutures totales.* — Les deux viscères sont incisés l'un après l'autre sur un lit de compresses. On incise d'abord la vésicule sur une longueur de 2 à 5 centimètres et on l'assèche bien complètement : au besoin on la tamponne légèrement, en ayant soin, bien entendu, de retirer

la mèche ainsi introduite avant de finir la suture totale. L'intestin est alors ouvert sur une longueur égale et vis-à-vis de l'incision vésiculaire. Il faut avoir soin de pratiquer ces incisions à 0 cm. 5 en avant du surjet séro-séreux postérieur. L'inci-

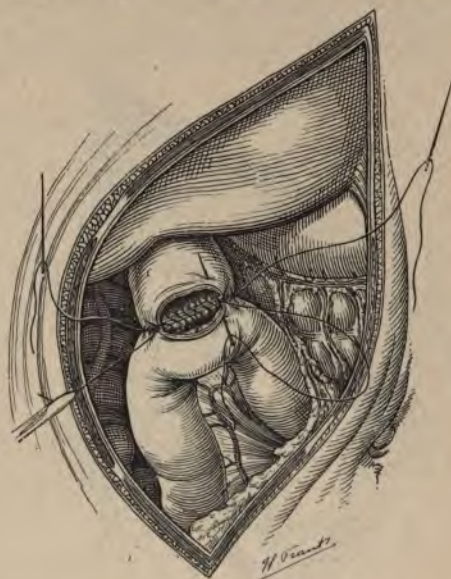


Fig. 204. — Cholécystentérostomie. — 2^e temps. Surjet total.

sion sera faite parallèlement à ce surjet et s'arrêtera à 5 millimètres environ de ses extrémités. On pratique alors, pour unir les lèvres des incisions des deux viscères l'une à l'autre, un surjet circulaire dont les points traverseront toute l'épaisseur des parties à unir.

C. *Surjet séro-séreux antérieur.* — Reprenant alors le fil du surjet séro-séreux postérieur, on pratique en avant du surjet total un surjet séro-séreux d'enfouissement que l'on termine en nouant le fil au chef initial du surjet séro-séreux postérieur.

2^o *Anastomose en Y.* — Le jejunum est saisi entre deux pinces de Kocher à 45 centimètres environ de l'angle duodéno-

jéjunal et sectionné : l'incision est prolongée à travers le mésentère jusqu'à la deuxième arcade artérielle. La première arcade juxta-intestinale est sectionnée et liée sur-le-champ.

Le bout inférieur du jéjunum est abouché par implantation directe dans la vésicule, soit sur sa face inférieure, soit sur son

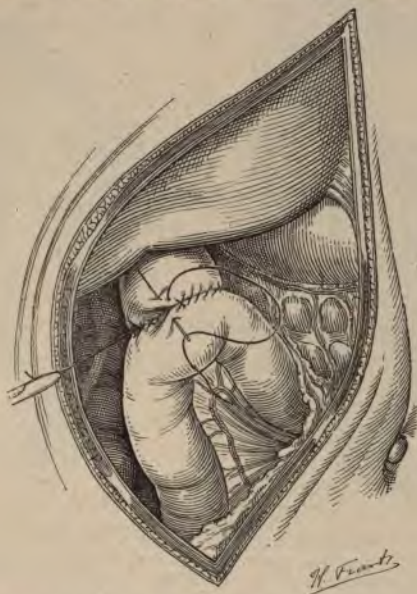


Fig. 205. — Cholécystentérostomie. — 5^e temps. — Surjet séro-séreux antérieur.

sommet. Pour éviter une anastomose trop large, l'intestin implanté peut être légèrement plissé.

On plante alors le bout supérieur du jéjunum dans l'inférieur à 20-50 centimètres au-dessous de la vésicule. On termine en fermant la fente mésentérique par quelques points.

Cholécystentérostomie au bouton. — Le manuel opératoire ne diffère en rien de celui d'une semblable anastomose entre deux anses intestinales. On emploie le plus petit bouton de toute la série (Bouton de Murphy ou de Jaboulay.)

III. Fermeture de la paroi. — Il ne reste plus alors qu'à nettoyer soigneusement la région, à vérifier les sutures et à

placer un ou deux points supplémentaires, si cela paraît nécessaire. On réduit enfin les viscères dans l'abdomen et on

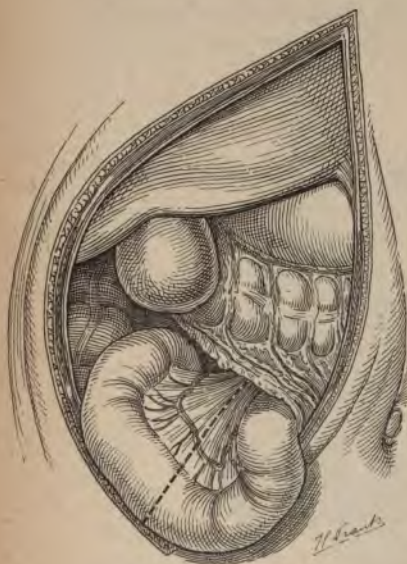


Fig. 206. — Cholécyentérostomie en Y.
— Anse intestinale attirée dans la plaie. Tracé de la section.

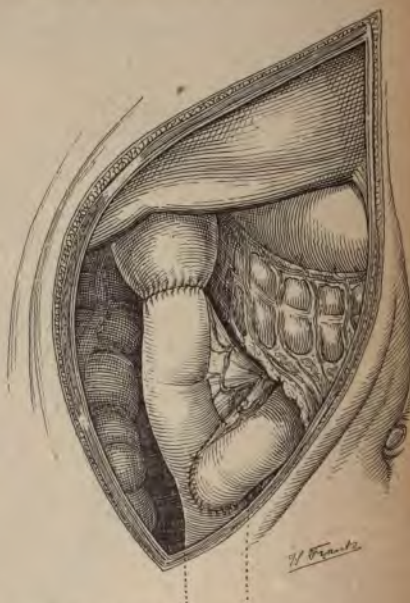


Fig. 207. — Cholécyentérostomie en Y.
— Opération terminée. Comparer aux fig. 71, 72 et 73.

ferme la paroi en étages, sans drainer en général.

En cas d'absence ou d'atrophie extrême de la vésicule biliaire, l'entérostomie devrait être pratiquée sur un des canaux biliaires qu'on trouverait dilaté, le cholédoque le plus souvent, et on ferait ainsi une cholédocho-duodénostomie.

CHAPITRE VIII

CHOLÉDOCHOTOMIE. HÉPATICOTOMIE

C'est l'incision ou taille du canal cholédoque, le plus ordinairement pratiquée pour en extraire un calcul.

La cholédochotomie peut se faire en plusieurs endroits, soit au-dessus du duodénum (cholédochotomie sus-duodénale), soit au-dessous de lui, sur la face postérieure de la tête du pancréas (cholédochotomie rétro-pancréatique), soit enfin en traversant le duodénum (cholédochotomie transduodénale). Nous étudierons cette dernière avec la duodénotomie qui en constitue le premier temps.

CHOLÉDOCHOTOMIE

DRAINAGE DES VOIES BILIAIRES PRINCIPALES

C'est de beaucoup la plus souvent employée : elle consiste à ouvrir le canal cholédoque dans l'épiploon gastro-hépatique.

I. Incision de la paroi abdominale. — La meilleure incision est encore ici l'incision ondulée.

II. Exploration. — Ce temps présente des difficultés variables suivant l'état des viscères : rien n'est plus simple en cas d'absence d'adhérences autour des voies biliaires, ce qui est rare ; c'est un temps très pénible, au contraire, lorsque, comme c'est la règle, on trouve entre tous les organes de la région des adhérences solides. Le premier point de repère doit être le bord antérieur du foie : c'est vers lui qu'il faut se diriger tout d'abord en décollant les adhérences épiploïques et intestinales prudemment, avec le doigt : avec un peu de patience, on y arrive généralement. Il faut avoir soin de pincer et de lier les vaisseaux qui saignent.

Le bord antérieur du foie découvert, on recherchera la vésicule biliaire en décollant avec soin les adhérences qui peuvent exister sur la face inférieure du foie. Il faut s'efforcer de trouver la vésicule autant parce qu'elle est un point de repère précieux que parce qu'il est nécessaire de vérifier son état. Dans

les cas où la vésicule est introuvable ou a été antérieurement enlevée et où tous les rapports des organes sous-hépatiques sont modifiés, le cholédoque est presque impossible à trouver. Il peut être alors nécessaire de faire une duodénotomie, de faire le cathétérisme de bas en haut du cholédoque et sur la saillie de la sonde de pratiquer l'incision du cholédoque.

On explore la vésicule, puis le canal cystique et enfin le cho-



Fig. 208. — Cholécystotomie. L'index introduit dans l'hiatus de Winslow soulève le pédicule hépatique (Monod et Vanverts).

lédouque. Il faut éviter de prendre pour un calcul un ganglion lymphatique hypertrophié, comme c'est arrivé plusieurs fois.

Quand il n'y a pas d'adhérences dans la région, les choses se passent bien plus simplement : on va directement vers l'hiatus de Winslow et entre un doigt introduit dans cet orifice et un doigt en avant, on palpe très facilement le cholédoque.

Le calcul reconnu, on s'efforcera d'attirer le cholédoque dans la plaie, soit en le tenant entre le pouce et l'index, soit en le soulevant sur l'index introduit dans l'hiatus de Winslow, pour pratiquer l'opération en dehors du ventre; mais on n'y peut pas toujours arriver, car il est souvent impossible de rien mobiliser, et c'est dans la profondeur qu'on doit ouvrir le canal. Aussi aura-t-on soin de bien garnir le fond de la plaie pour éviter que l'écoulement de la bile qui suit presque constamment l'ouverture du canal ne souille pas la région.

III. Incision du cholédoque. — Lorsque la région est bien nette, que le calcul semble unique et que la bile est peu ou pas infectée, on peut inciser directement sur le calcul. Après s'être bien assuré que ni la veine porte ni l'artère hépatique ne passent au-devant du cholédoque, on l'incise longitudinalement au bistouri mi-partie sur le calcul, mi-partie sur le cholédoque au-dessus du calcul, puis repérant les deux lèvres de l'incision avec de petites pinces de Kocher, on enlève le calcul. Parfois le calcul sort tout seul ; il faut le basculer de façon à engager son plus petit diamètre dans l'incision : en rapprochant les deux doigts qui le fixent, on le fait fuir en avant comme un noyau de fruit ; parfois, au contraire, il faut, pour le mobiliser, se servir d'une spatule ou d'une curette. En tout cas, on n'utilisera jamais de force, et mieux vaut prolonger un peu son incision sur le cholédoque que de risquer de le déchirer en exerçant une traction trop forte sur le calcul ou en essayant de le faire passer par un orifice trop étroit.

Le calcul enlevé, s'il n'en reste plus au-dessus de lui, on voit souvent un flot de bile s'écouler par le cholédoque : on épongera cette bile avec soin, pour éviter qu'elle se répande partout, car elle est septique. Parfois rien ne s'écoule.

En tout cas, il faut explorer avec soin le cholédoque avec une sonde cannelée en haut vers le foie, en bas vers le duodénum, pour s'assurer de la perméabilité du canal et de l'absence d'autres concrétions : s'il y en avait, on les ferait cheminer par pression douce jusqu'à la plaie du cholédoque pour les extraire par cette voie. Il faut



Fig. 209. — Cholédochotomie. Incision du cholédoque sur le calcul soulevé par le doigt.

pendant ces manœuvres fermer l'hépatique avec deux doigts pour éviter que les calculs y soient chassés et ne puissent en être délogés.

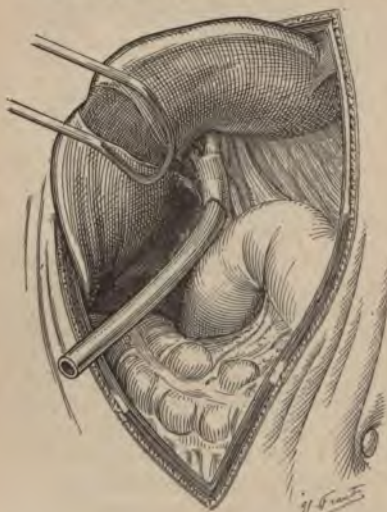
En cas de calcul de l'hépatique volumineux et enclavé, il faut inciser directement sur le calcul et se conduire absolument comme si le calcul siégeait dans le cholédoque.

Pour finir l'opération, on a le choix entre deux procédés qui ont chacun leurs avantages, leurs partisans et leurs indications.

A. Cholédochotomie idéale ou avec sutures. — On referme ici aussitôt, en la suturent, la plaie que l'on vient de faire au cholédoque.

Ayant bien repéré les bords du conduit, on les rapprochera par un premier plan de sutures au catgut à points séparés. Si la dilatation du cholédoque est telle qu'un deuxième plan soit possible, on fera alors une suture séro-séreuse à points séparés ou en surjet. Il faut toujours drainer, car le plus ordinairement quelques points de suture lâchent et pendant quelque temps se fait un écoulement de bile à l'extérieur.

B. Cholédochotomie sans sutures. Drainage de l'hépa-



tique. — Dans les cas de lithiasse infectée et dans les angiocholites, le drainage est absolument capital et doit être méthodiquement fait. En général, dans ces cas, on pratique d'abord une cholécystectomie et on se sert du moignon du cystique pour drainer.

On commence donc par libérer la vésicule, on la détache du foie sans l'ouvrir, puis on libère le cystique et par son intermédiaire on attire le cholédoque dans

Fig. 210. — Drainage de l'hépatique sus-duodénal.

la plaie; incisant alors le fond de la vésicule, on la vide et on la nettoie, puis on

poursuit de proche en proche l'incision sur sa face inférieure, puis sur le cystique, jusqu'à son embouchure. Si on avait commencé par faire la cystectomie, on attire le moignon avec deux fils.

L'incision sera assez grande pour permettre d'enlever par là tous les calculs et d'introduire un drain volumineux. Les calculs y seront amenés du cholédoque et de l'hépatique par refoulement : s'il y en avait d'enclavés, on prolongerait l'incision jusqu'à eux, en bas ou en haut jusqu'au hile du foie, au besoin, en évitant les artères hépatique et cystique, mais il suffit généralement de sectionner l'éperon que forme l'abouchement oblique du cystique dans le cholédoque.

Après s'être assuré de l'absence d'autres concrétions, il faut drainer et pour mieux assurer le drainage, on enfonce maintenant le drain jusque dans le canal hépatique.

Le cholédoque ayant été incisé, on introduit par cette ouverture une sonde en caoutchouc non perforée latéralement de 1 centimètre de diamètre environ⁽¹⁾, qu'on enfonce du côté du foie à plusieurs centimètres de profondeur (4-5) jusque dans l'hépatique. On fixe cette sonde à la lèvre inférieure du canal par un point au catgut, puis on ferme l'ouverture du cholédoque au-dessus et au-dessous du drain de façon à l'enserrer strictement. Il peut être bon de mettre un deuxième drain vers en bas dans le cholédoque.

Si le cystique s'abouchait très bas dans le cholédoque, si bien que par son embouchure on ne puisse introduire de drain, on prolongerait l'incision vers en haut sur l'hépatique.

(1) Employer une sonde de calibre un peu inférieur à celui du canal pour permettre une certaine circulation entre la sonde et le canal.



Fig. 211. — Drainage de l'hépatique. Opération terminée avec tamponnement large de la plaie et adaptation au drain d'un tube siphon.

On tamponne alors largement la plaie, une compresse sous le foie à la place de la vésicule, une au-dessus du drain, une troisième au-dessous de lui et une quatrième entre le cholédoque et le duodénum. Le bout du drain sera introduit dans un tube faisant siphon.

Le reste de la plaie est fermé comme d'habitude.

IV. Fermeture de la paroi abdominale. — Suture en trois plans fermant toute la plaie, sauf le passage du drain, en cas de cholédochotomie idéale; la rétrécissant seulement, mais la laissant largement béante, si on n'a pas suturé le cholédoque.

CHOLÉDOCHOTOMIE RÉTRO-PANCRÉATIQUE

Pour aborder la portion rétro-pancréatique du cholédoque, il faut décoller le duodénum et le pancréas de la paroi abdominale postérieure pour les récliner en avant.

Après laparotomie médiane, le foie étant relevé et le côlon transverse rejeté en bas et à gauche, on fait au péritoine pariétal une incision sinueuse commençant au niveau de l'extrémité supérieure de la portion verticale du duodénum, longeant son bord droit, puis se recourbant légèrement en dehors pour contourner l'angle colique et se terminer à droite de l'angle sous-hépatique du côlon ou du mésocôlon ascendant.

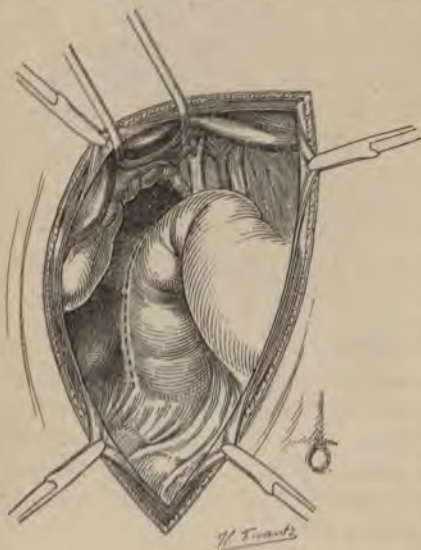


Fig. 212. — Cholédochotomie rétro-pancréatique. Incision. (L'incision doit être prolongée jusqu'à l'angle du côlon, plus à droite.) (D'après Desjardins.)

Si le ligament cystico-colique cachait la région, on l'inciserait transversalement : il est toujours avasculaire.

Avec l'index, on décolle le côlon de la paroi abdominale postérieure jusqu'à ce qu'on atteigne le bord externe du duodénum; on continue le décollement sur toute la hauteur de la deuxième portion du duodénum en poussant la séparation jusque derrière le pancréas.

L'aide, saisissant duodénum et côlon avec les quatre doigts de la main gauche, appuyant le pouce sur la face antérieure du col du pancréas, retourne la tête du pancréas et le duodénum et présente à l'opérateur la face postérieure de ces organes.

On voit alors le cholédoque dans son trajet rétro-pancréatique; il est facile de l'explorer, de le dégager et de l'inciser. S'il s'enfonce dans un tunnel glandulaire, on l'en dégagera

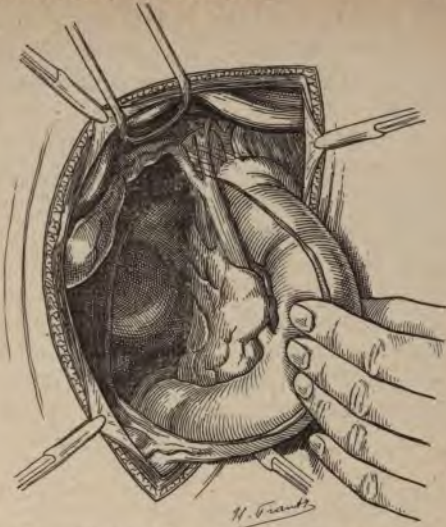


Fig. 213. — Cholédochotomie-rétropancréatique. Décollement du duodénum et renversement de la tête du pancréas.

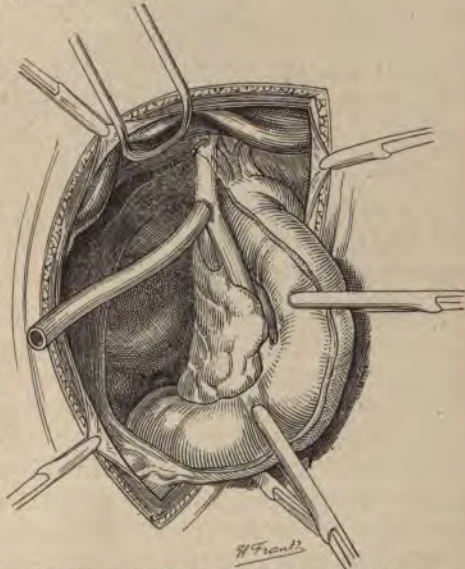


Fig. 214. — Cholédochotomie rétro-pancréatique. Opération terminée. Drainage de l'hépatique.

en incisant la glande au bistouri ou au thermocautère en ménageant en haut et en bas les arcades vasculaires pancréatico-duodénales. La cholédochotomie se fait alors comme d'habitude.

Si on n'a pas ouvert le cholédoque, les organes sont remis en place et le péritoine suturé. S'il a été incisé, il est nécessaire de drainer : en suturant seulement au niveau du côlon ascendant et de l'angle hépatique, on laisserait au-dessus du mésocôlon transverse, le long du bord externe du duodénum, une large brèche permettant un drainage facile.

On a proposé de refermer toute l'incision péritonéale et de drainer par voie lombaire, en passant en dehors de la veine cave inférieure, au-dessous du pôle inférieur du rein, immédiatement en dehors du bord externe du carré lombaire.

CHAPITRE IX

DUODÉNOTOMIE. — CHOLÉDOCHOTOMIE TRANSDUODÉNALE

Lorsqu'un calcul est enclavé dans l'ampoule de Vater, ou même lorsqu'il est nécessaire d'explorer celle-ci, quand on soupçonne à son niveau un petit néoplasme au début, on devra recourir à l'incision du duodénum.

1. Incision de la paroi et exploration du duodénum. — Après avoir pratiqué une laparotomie médiane, pour aborder l'ampoule de Vater, c'est-à-dire la partie supérieure de la II^e portion ou partie descendante du duodénum, il faut d'abord faire récliner en haut et à droite la face inférieure du foie qui la recouvre et attirer en bas le côlon transverse et le grand épiploon qu'on protégera avec des compresses. Prenant alors le pylore comme point de repère, on suit d'abord de gauche à droite la première portion du duodénum et on arrive bientôt sur la région voulue.

Comme le duodénum est fixé à la paroi abdominale postérieure et qu'on ne peut donc l'attirer au dehors, il faut faire écarter fortement les lèvres de la plaie et garnir soigneusement le péritoine pour éviter toute souillure.

II. Incision du duodénum. — On incise le duodénum soit verticalement, parallèlement à son axe et juste sur le milieu de sa face antérieure, plutôt à droite qu'à gauche sur une longueur de 6 centimètres, soit transversalement juste au-dessus du point où l'angle du côlon s'applique sur sa face antérieure ou immédiatement au-dessus de la racine du mésocôlon transverse, s'il existe déjà en ce point. Écartant alors les lèvres de l'incision duodénale, on explorera la face postéro-interne du duodénum pour y découvrir la papille et l'ampoule de Vater, ce qui exige ordinairement qu'on déplisse avec soin la muqueuse duodénale.

Si on a déjà fait une cholédochotomie sus-duodénale, on introduit par elle une sonde qui, soulevant papille et calculs, les rend plus apparents.

La papille découverte, on agira différemment suivant le but proposé.

Si on veut faire le cathétérisme direct, il suffit d'introduire *de visu* et avec précaution un cathéter dans l'orifice duodénal de la papille et de le pousser tout doucement.

S'agit-il, au contraire, d'extraire un calcul enclavé dans l'ampoule, il faut alors débrider son orifice.

On incise au bistouri, sur une longueur de 1 centimètre environ, une des lèvres de la papille, parallèlement au grand axe du canal.



Fig. 215. — Duodénotomie. Incision de la papille.

On repérera soigneusement avec une pince la papille qui est difficile à retrouver après extirpation du calcul. On tente d'extraire le calcul, soit en l'enlevant à l'aide d'une curette ou d'une pince, soit en l'énucléant par pression. Au besoin on pousserait plus loin l'incision de débridement en tâchant d'éviter de traverser toute l'épaisseur de la paroi duodénale.

Une fois le calcul enlevé, on explorera les voies biliaires pour en retirer sur-le-champ tous les calculs qui pourraient encore s'y trouver.

Pour terminer, une pince, introduite dans le cholédoque de l'incision duodénale à l'incision sus-duodénale, ramènera une lamelle de gaze avec laquelle on pratiquera un véritable ramonage du conduit.

III. Fermeture du duodénum. — Si le débridement n'a pas dépassé l'épaisseur du duodénum, ce qui est la règle, il suffit de laisser la brèche ouverte sans s'en occuper davantage.

Si au contraire le débridement avait intéressé toute l'épaisseur de la paroi duodénale, après extraction du calcul, on suturerait la muqueuse du cholédoque à la muqueuse intestinale.

L'incision du duodénum est ensuite fermée par deux plans de sutures : un premier surjet total et un deuxième surjet séro-séreux.

IV. Fermeture de la paroi abdominale. — Comme d'ordinaire en trois plans avec ou sans drainage.

CHOLÉDOCHOTOMIE TRANSDUODÉNALE

Lorsque le calcul siège au-dessus de l'ampoule, en continuant de débrider de bas en haut, il arrive un moment où l'on a incisé toute la portion intraduodénale du cholédoque ; si on continue le débridement, on sectionnera alors isolément la paroi duodénale et la paroi du cholédoque rétro-pancréatique. Lorsqu'on s'aperçoit assez tôt que le calcul est ainsi trop haut placé, il vaut mieux pratiquer d'emblée la cholédochotomie transduodénale.

Pour cela, le duodénum ouvert sur sa face antérieure, on

incise sa paroi postérieure de dedans en dehors, juste sur la saillie que fait le calcul, puis, toujours sur cette même saillie,

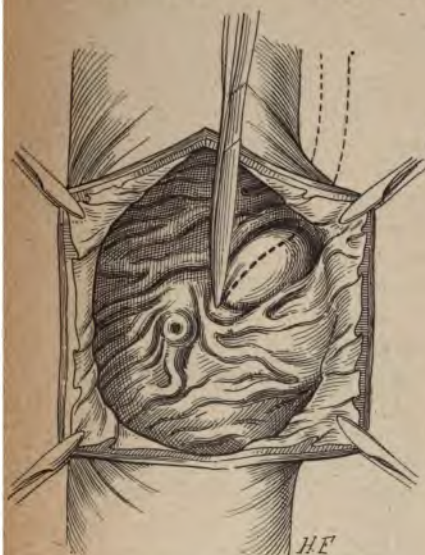


Fig. 216. — Cholédochotomie transduodénale. Incision.

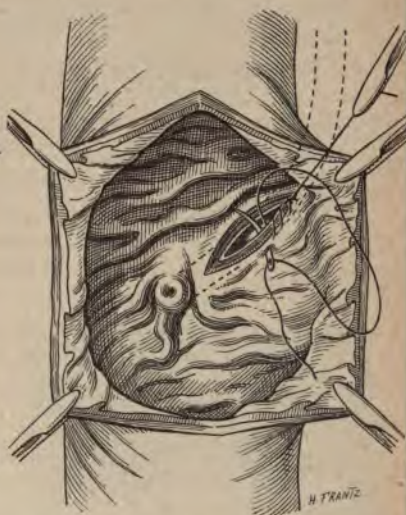


Fig. 217. — Cholédochotomie transduodénale. Suture de l'incision du cholédoque à l'incision duodénale.

la paroi du cholédoque de dehors en dedans : il est alors facile d'extraire le calcul.

Dans les deux cas, il faut, après extraction du calcul, fermer l'incision du duodénum et du cholédoque. On peut les suturer chacune séparément, mais il est aussi simple et aussi bon de suturer les deux incisions l'une à l'autre de façon à créer en quelque sorte une anastomose cholédoco-duodénale. Pour cela, on fait, sur toute la circonférence de l'ouverture, un surjet total unissant ensemble les deux canaux.

Il ne reste plus qu'à fermer comme à l'ordinaire l'incision de la paroi antérieure du duodénum et celle de la paroi abdominale.

CHAPITRE X

RÉSECTION DU CANAL CHOLÉDOQUE

La résection du canal cholédoque est une opération rare, indiquée dans deux cas : rétrécissement traumatique ou inflammatoire du cholédoque ou cancer de ce canal.

Les premiers temps de l'opération ne présentent rien de particulier. En cas de rétrécissement, outre les adhérences



Fig. 218. — Résection du cholédoque. Points d'appui duodéno-épiploïques et suture séro-séreuse postérieure. (Terrier.)



Fig. 219. — Résection du cholédoque. Suture totale. (Terrier.)

nombreuses qu'il faudra détacher, la recherche du cholédoque sera encore rendue plus difficile parce qu'il y aura presque toujours eu auparavant une ou plusieurs interventions, que la vésicule aura été le plus souvent enlevée. C'est sur une fistule persistante qu'il faudra souvent se guider pour arriver sur le cholédoque.

Le cholédoque trouvé devra être minutieusement exploré : il faudra parfois décoller le duodénum pour explorer sa partie inférieure, inciser le canal sur une assez grande longueur pour dépasser la zone rétrécie et c'est presque toujours non pas de parti pris, mais parce que les lésions l'imposent, qu'on pratique la résection.

En cas de cancer, l'intervention est relativement plus simple, car dès que le diagnostic est posé, après incision du canal, il n'y a qu'à libérer le cholédoque et à le sectionner au-dessus et au-dessous de la lésion.

Après résection, le bout inférieur du cholédoque sera lié, cautérisé et enfoui, si possible.

Pour rétablir le cours de la bile, on peut avoir le choix entre deux opérations : la cholécystentérostomie et l'hépatico-duodénostomie. La première sera rarement praticable, car la résection supérieure portera presque toujours sur l'hépatique au-dessus de l'embouchure du cystique dans le cholédoque. Aussi devra-t-on presque toujours recourir à l'implantation de l'hépatique dans le duodénum ou hépatico-duodénostomie.

Après avoir tamponné ou pincé délicatement le canal hépatique ou ses branches pour éviter l'écoulement continu de la bile dans le champ opératoire, on décolle l'angle duodénal, car, par suite de la perte de substance résultant de la résection du cholédoque, l'hépatique serait trop court pour arriver jusqu'au duodénum.

Le duodénum décollé est attiré un peu en haut vers l'extrémité de l'hépatique : on le maintient en place par deux ou trois fils qui l'amarrent à l'épiploon gastro-hépatique ou aux ligaments qui prolongent celui-ci à droite, pour éviter toute tension de la suture hépatico-duodénale, puis on pratique une anastomose terminale du canal hépatique sur l'angle duodénal, suivant les procédés ordinaires, c'est-à-dire surjet séro-séreux postérieur, surjet total circulaire, et surjet séro-séreux antérieur.

Il sera bon de drainer avant de refermer.

III^e SECTION. — CHIRURGIE DE LA RATE

CHAPITRE I

SPLÉNECTOMIE

I. *Incision de la paroi abdominale.* — L'opérateur se mettra ici à droite pour bien voir le pédicule. La meilleure incision, celle qui permet d'arriver le mieux sur la rate, est l'incision oblique le long du bord inférieur du thorax avec résection du rebord costal, faite comme nous l'avons décrite pour la découverte du foie (p. 160), mais à gauche. Elle commencera tout près du sternum et se prolongera en arrière aussi loin qu'on le jugera nécessaire, jusqu'au bord externe de la masse sacro-lombaire, s'il le faut.

Mais bien souvent on sera obligé de recourir à une autre incision. Lorsque la rate est trop volumineuse et déborde largement les fausses côtes, l'incision précédente mènerait trop sur sa face convexe et permettrait difficilement d'aborder son hile. Ou bien lorsque la splénectomie n'est pas pratiquée de parti pris, c'est souvent par une incision médiane de laparotomie qu'on sera obligé de l'aborder, après plaie ou contusion de l'abdomen, par exemple. En tout cas, il ne faut pas hésiter à se donner beaucoup de jour en joignant à l'incision médiane une incision transversale ou oblique.

II. *Dégagement de la rate.* — Si la rate est petite et mobile, le mieux est de l'énucléer au dehors, puis de lier son pédicule. Pour cela, faisant tirer l'estomac en bas et à droite, on introduit la main entre le diaphragme et la face convexe de la rate; chemin faisant, on détruit les quelques adhérences lâches qui pourraient exister. Il est alors facile, en ramenant la main, d'entraîner la rate et de l'énucléer de l'abdomen.

Alors, sur le pédicule bien en vue, on applique une ligature en chaîne, puis on coupe au delà et l'opération est terminée.

Mais si la rate est volumineuse, adhérente, à pédicule large et court, il devient difficile, sinon impossible, d'énucléer ainsi la

rate : il vaut mieux y renoncer d'emblée que de faire de vaines tentatives qui n'auront d'autre résultat que d'amener des déchirures souvent graves : on s'efforcera alors de lier et de sectionner le pédicule splénique avant d'enlever la rate.

III. *Ligature et section du pédicule.* — Lors donc qu'il semble difficile ou impossible, en tout cas dangereux d'enucléer

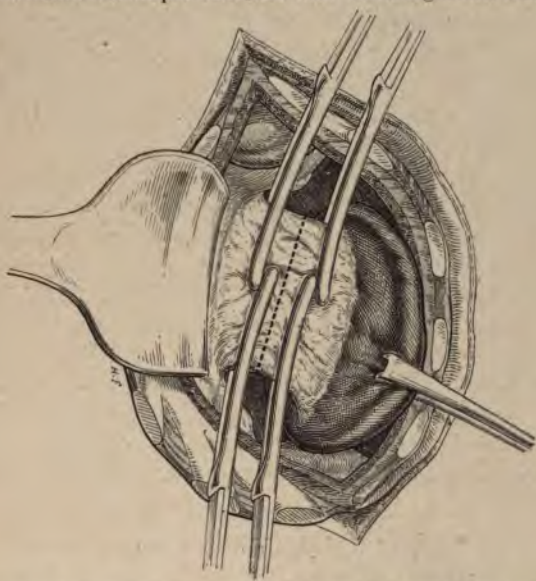


Fig. 220. — Splénectomie. — Le pédicule de la rate est pris entre 4 clamps ; le trait pointillé indique le point où passera la section.

la rate, on recourra à la ligature primitive du pédicule. Mais cependant il faut éviter de la faire d'emblée ; à cause de la longueur ordinaire de l'insertion du pédicule sur la rate, on ne peut serrer ses nœuds autant qu'il le faudrait : après section, le pédicule se rétracte, les ligatures se trouvent insuffisantes, glissent, provoquant ainsi des hémorragies souvent mortelles.

Il sera bon de commencer par faire l'hémostase à l'aide de clamps et plus tard seulement, à loisir, quand on s'est débarrassé de la rate, on fera l'hémostase définitive en remplaçant les pinces par des ligatures.

On commence par bien exposer la région du pédicule de la

rate en faisant légèrement tirer celle-ci à gauche, tandis que l'estomac est refoulé à droite et le côlon transverse en bas. Le pédicule étant ainsi bien mis à découvert, on place sur lui une série de pinces sur deux rangées parallèles entre lesquelles on sectionnera le pédicule. Les pinces doivent serrer toute la hauteur du pédicule de son bord supérieur (ligament phrénosplénique parfois vasculaire) à son bord inférieur. Aussi du côté interne est-il absolument nécessaire d'appliquer deux clamps opposés par leur pointe, mais dont les extrémités chevauchent pour éviter que les parties étreintes ne glissent et ne se libèrent. On se trouvera parfois même obligé d'employer une série de pinces à mors courts, placées en étages.

Lorsque la rate est très volumineuse, il est difficile et parfois impossible d'exposer son hile : pour éviter en pareil cas les dangers d'une hémorragie grave, on commencera par lier les vaisseaux spléniques.

Pour cela, on ouvre l'arrière-cavité des épiploons, on refoule la rate à gauche, l'estomac en haut et à droite, le côlon transverse en bas. Ayant repéré le pancréas, sur la paroi profonde de la cavité, on effondre le feuillet péritonéal qui le recouvre dans la région de la queue et petit à petit, en découvrant et isolant le bord supérieur de la glande, on rencontre les vaisseaux spléniques, l'artère sus-jacente à la veine. On les dénude et on les lie.

IV. Libération et ablation de la rate. — Lorsque la section du pédicule est faite, la rate, si elle ne présente pas d'adhérences, est entièrement libre : il suffit de l'enlever. Mais s'il y a des adhérences, l'ablation peut devenir très délicate.

Quand les adhérences sont molles et peu étendues, on se contente de les déchirer. Lorsqu'elles sont solides et résistantes, il faut les lier avant de les sectionner.

En tout cas, lorsque ces adhérences sont trop solides, mieux vaut laisser un fragment de parenchyme splénique adhérent que de risquer, en voulant tout enlever, de blesser le diaphragme et la plèvre.

Parfois enfin, par son volume seul, la rate peut être difficile à amener à l'extérieur.

V. Ligature du pédicule. — Sauf le cas d'opération très longue, très laborieuse, chez un sujet trop affaibli, auquel cas

il est bon de laisser les pinces à demeure, en faisant passer leur extrémité par la plaie et en les enlevant au bout de 2 ou 3 jours, il faut toujours remplacer les pinces par des ligatures. Mais ces ligatures devront être posées avec grand soin. Il faut éviter qu'elles n'étreignent une trop grande épaisseur de tissus, sans quoi elles risquent de déraiper et de donner lieu à une hémorragie grave. Il ne faut pas oublier en outre que souvent on opère sur des tissus friables et veiller à ce que les fils ne coupent pas. Si les conditions semblent favorables et que le pédicule ne soit pas trop long, on se trouvera bien d'isoler les vaisseaux au niveau du pédicule pour pouvoir ainsi faire une série de ligatures sur de petits pédicules, moins sujettes à glisser que les ligatures de grosses masses.

Les ligatures faites, on cherchera à les enfouir sous les débris péritonéaux voisins.

On s'assurera que l'hémostase est parfaite sur toutes les parois de la loge splénique, surtout lorsqu'on a été obligé de libérer des adhérences : on liera ou on cautérisera les points qui saigneraient. Au besoin même on tamponnerait la région.

VI. Fermeture de la paroi. — Elle se fera comme d'habitude à 5 plans si on a fait une laparotomie médiane.

En cas de résection du rebord thoracique, on suturera comme nous l'avons dit à propos du foie.

On drainera ou non suivant qu'on le trouvera indiqué.

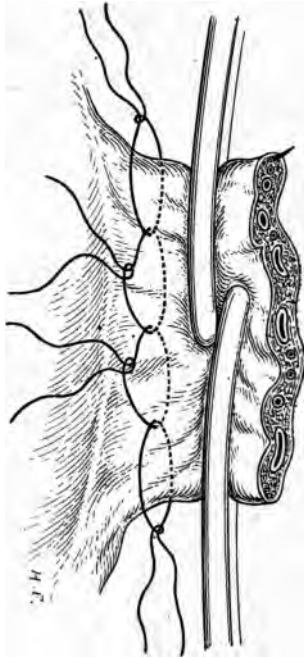


Fig. 221. — Ligature en chaîne du pédicule splénique.

CHAPITRE II

SPLÉNOPEXIE

La splénopexie ou fixation de la rate à la paroi est une opération rarement pratiquée, car les rates mobiles sont rarement des rates saines et le plus souvent la splénectomie, plus facile que la splénopexie et plus sûre comme résultats, est aussi plus indiquée.

1. *Incision de la paroi.* — Sans contredit, la meilleure incision est ici l'incision oblique avec résection du rebord thora-

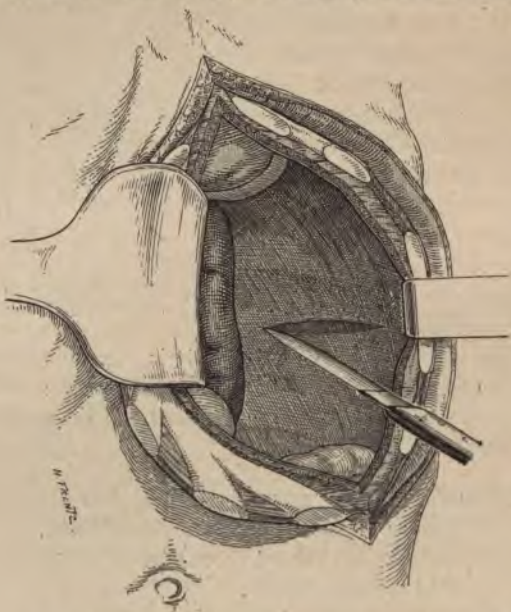


Fig. 222. — Incision du péritoine diaphragmatique.

cique inférieur. On a ainsi beaucoup de jour et il est très facile de manœuvrer dans la région splénique.

II. Création d'une niche artificielle. —

Au niveau de la partie moyenne du IX^e espace ou de la X^e côte, on fait sur la face inférieure du diaphragme une incision n'intéressant que le péritoine. Cette incision devra avoir comme longueur à peu près le diamètre antéro-postérieur de la rate. On décolle alors du diaphragme toute la lèvre inférieure

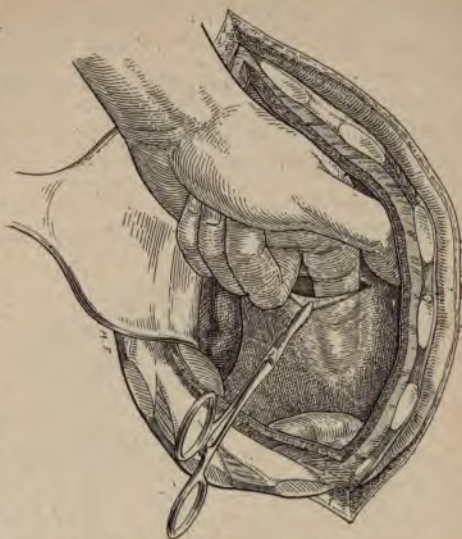


Fig. 223. — Décollement du péritoine diaphragmatique

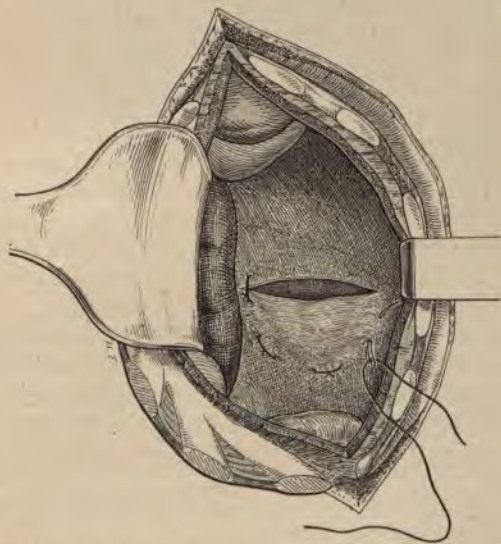


Fig. 224. — Suture de la circonférence de la niche pour la rate.

de l'incision péritonéale, assez largement et sur une longueur suffisante pour permettre d'y loger le pôle inférieur de la rate tout entier.

Pour empêcher le péritoine de se décoller plus bas du diaphragme, on fixe par quelques points de suture le péritoine au diaphragme au pourtour de la niche ainsi créée.

III. *Fixation de la rate.* — Il ne reste plus qu'à réduire la rate dont on engage le pôle inférieur dans la niche ainsi créée

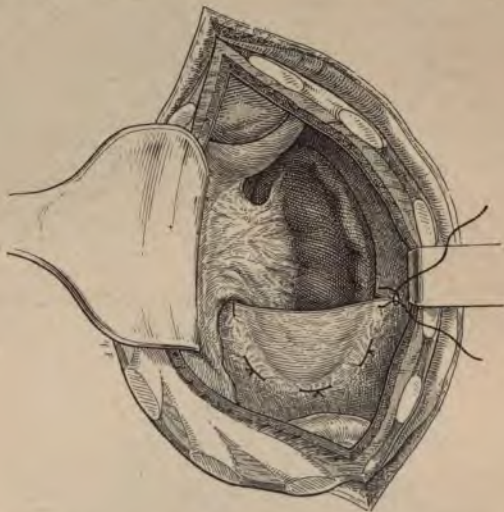


Fig. 223. — Introduction de la rate dans la niche qui lui a été créée.

et on l'y fixe par quelques points de suture unissant le péritoine au hile de la rate

On peut d'ailleurs créer une semblable loge aux dépens de la lèvres supérieure de l'incision péritonéale, luxer en quelque sorte la rate dans le tissu cellulaire sous-diaphragmatique et refermer l'incision péritonéale en ne laissant que juste la place du passage du pédicule splénique.

IV. *Fermeture de la paroi.* — On fermera la paroi en faisant trois plans de suture : 1° diaphragme et transverse ; 2° rebord thoracique ; 3° peau.

IV^e SECTION, — CHIRURGIE DU PANCRÉAS

CHAPITRE I

VOIES D'ABORD DU PANCRÉAS

On peut aborder le pancréas par trois voies différentes. La voie abdominale est la plus habituellement employée, car c'est celle qui mène sur toute la face antérieure de la glande. Mais on s'explique facilement comment le pancréas, collé contre la paroi abdominale postérieure et sous le diaphragme, peut encore être abordé par voie lombaire et par voie transpleurale.

Notons immédiatement ici que jusqu'à présent la chirurgie du pancréas s'est presque entièrement limitée à l'ouverture d'abcès ou de kystes.

I. Voie abdominale. — La véritable

voie pour arriver sur le pancréas consiste à passer à travers le grand épiploon et à aborder le pancréas en ouvrant largement l'arrière-cavité des épiploons, ce qui est d'autant plus facile que la lésion fait bomber cet épiploon, écartant l'un de l'autre estomac et côlon transverse.

L'opération ne diffère pas de celle que nous avons décrite pour l'exploration de la face postérieure de l'estomac.

Mais parfois la lésion pancréatique vient faire saillie plus haut ou plus bas. Parfois, en effet, le kyste refoule devant lui le petit

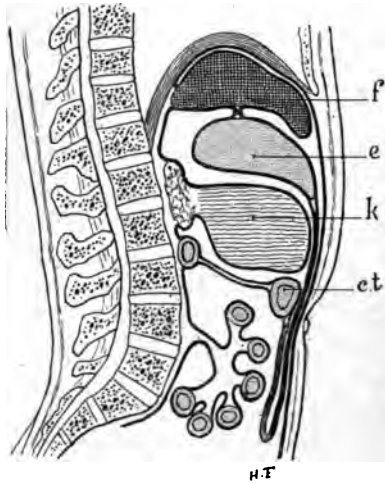


Fig. 226. — Rapports ordinaires des kystes du pancréas avec les viscères voisins (K. intergastro-coliques) (Körte). — *f*, foie; *e*, estomac; *k*, kyste; *ct*, côlon transverse.

épiploon et vient ainsi s'appliquer contre la paroi abdominale

antérieure en écartant l'un de l'autre le foie et l'estomac. En pareil cas, il est tout indiqué d'aborder la lésion en traversant non plus le grand, mais le petit épiploon.

De toutes façons, dans l'un comme dans l'autre cas, ce qui est caractéristique, c'est qu'après avoir ouvert l'abdomen, pour arriver sur la lésion, il faut encore traverser deux feuilletts péritonéaux, un formé par l'épiploon (grand ou petit), l'autre constitué par

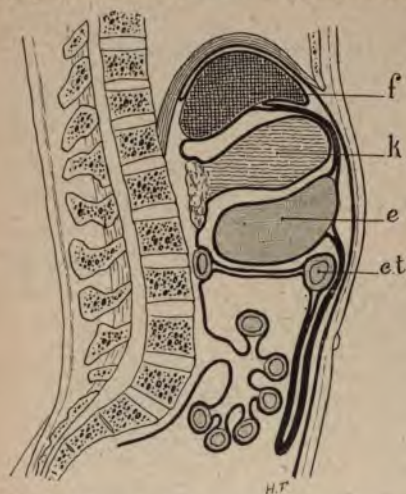


Fig. 227. — Variété intergastro-hépatique des kystes du pancréas (Körte).

le péritoine pariétal postérieur. — Dans certains cas, beau-

coup plus rares, le kyste vient faire saillie sur la face inférieure du mésocôlon transverse après avoir dédoublé le mésocôlon. On abordera alors le kyste en réclinant en haut côlon transverse et grand épiploon et en incisant le feuillet inférieur du mésocôlon. Il faut toutefois ici prendre bien garde que les artères nourricières du côlon n'aient pas été soulevées par le kyste et qu'elles ne soient pas lésées par l'incision, car on prôlirait de la gangrène du côlon transverse.



Fig. 228. — Variété sous-colique des kystes du pancréas (Körte).

II. Voie lombaire. — La voie lombaire peut être employée comme voie accessoire pour le drainage. Pour cela, le doigt introduit dans la poche refoule en arrière la paroi abdominale postérieure en dehors du rein, sous la XII^e côte. Sur la saillie ainsi formée, on incise toute l'épaisseur de la paroi jusqu'à ce qu'on tombe dans la cavité à drainer.

Mais parfois la voie lombaire est la voie d'abord proprement dite. On incise en arrière comme si on voulait découvrir le rein par une incision horizontale et sous-jacente à la XII^e côte. On arrive sur la loge rénale, mais au lieu de l'inciser pour mettre à nu le rein, on passe en dehors d'elle de façon à arriver sur sa face antérieure, là où se trouve la lésion. Presque toujours la saillie que forme celle-ci servira de guide et permettra d'arriver sur elle.

III. Voie transpleurale. — C'est une voie tout à fait exceptionnelle; elle n'est indiquée que quand un abcès du pancréas simule une pleurésie purulente ou forme un véritable abcès sous-diaphragmatique, mais c'est alors la voie de choix.

V^e SECTION. — CHIRURGIE DU GRAND ÉPIPLOON

CHAPITRE I

OMENTOPEXIE

Sous le nom d'omentopexie ou opération de Talma, on désigne une opération qui a pour but de faciliter le passage vers la veine cave du sang de la veine porte, dans les cas où il existe un obstacle sur le trajet de cette dernière (cirrhose hépatique), en créant de nombreuses anastomoses entre les veines de la paroi abdominale antérieure et les veines du grand épiploon, que l'on suture à la paroi.

I. *Incision.* — Le malade sera couché sur le plan incliné, mais en position horizontale. On pratique alors à la paroi une incision médiane, longue de 10-14 centimètres à la fois sus- et sous-ombilicale; au niveau même de l'ombilic, au lieu de le réséquer, on aura soin de passer à 2-5 centimètres à gauche de lui pour ne pas intéresser les grosses veines qui vont du hile du foie à l'ombilic en suivant le ligament suspenseur et la veine ombilicale : leur blessure, non seulement donnerait une hémorragie considérable et gênante, mais surtout obligerait à les lier, oblitérerait une des voies spontanées les plus importantes parmi les anastomoses porto-caves. On incise la paroi en faisant l'hémostase au fur et à mesure et avec grand soin, car les nombreuses veines dilatées de la paroi saignent abondamment. Le péritoine est incisé avec précaution, car il est souvent uni aux viscères par des adhérences et ses deux lèvres sont repérées avec des pinces.

II. *Évacuation du liquide.* — Le malade est alors incliné de telle sorte que le bassin soit dans une position déclive par rapport au reste de l'abdomen : le liquide vient s'accumuler dans le petit bassin, et on l'extrait facilement à l'aide d'un aspi-

rateur à kyste de l'ovaire; veut-on assécher complètement l'abdomen, ce qui est absolument inutile, on épongerait le reste du liquide avec des compresses montées.

III. Suture de l'épiploon à la paroi. — Après examen des viscères, on saisit l'épiploon et on l'étale dans la cavité abdominale à la fois en long et en large, et, à l'aide de sutures pratiquées à gauche, à droite et au niveau de l'angle inférieur, on le fixe au péritoine pariétal.

Ces points sont établis de la façon suivante : on éverse en dehors les lèvres de la plaie de l'abdomen; puis, avec une aiguille courbe, on passe un fil dans le péritoine pariétal à 3-4 centimètres en dehors de l'incision suivant la largeur de l'épiploon sous-jacent. Il est inutile de prendre une grande épaisseur de tissu, mais seulement juste ce qui est nécessaire pour ne pas déchirer le péritoine. Le fil est alors passé de même dans l'épiploon juste en regard en choisissant un endroit avasculaire, puis on le noue sans trop serrer⁽¹⁾.

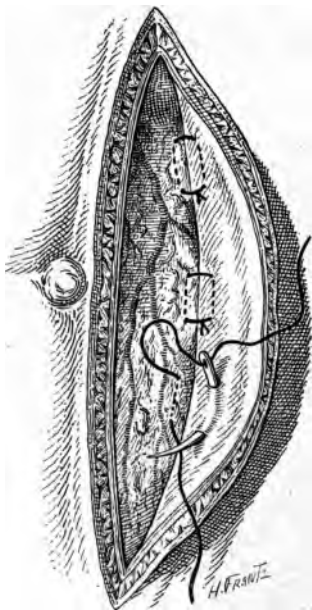


Fig. 229. — Omentopexie : manière de suturer l'épiploon à la paroi.

IV. Suture de la paroi. — Lorsque tous les fils destinés à fixer l'épiploon à la paroi ont été ainsi passés, on pratique la suture de la paroi à trois étages comme d'ordinaire. En suturant le péritoine, on fera bien de prendre en même temps le grand épiploon dans la suture : cela le met mieux en contact avec la paroi et supprime tout espace mort.

(1) Il est absolument inutile, si même ce n'est nuisible, de frotter ou de gratter les deux surfaces péritonéales que l'on veut mettre au contact.

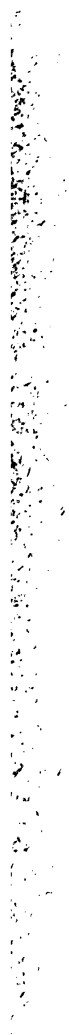


TABLE DES MATIÈRES

CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

PREMIÈRE PARTIE

OPÉRATIONS QUI SE PRATIQUENT SUR LA PAROI ABDOMINALE

CHAPITRE	I. — Technique des laparatomies	1
—	II. — Traitement des éventrations	16
—	III. — Cure radicale des hernies inguinales	21
—	IV. — Cure radicale de la hernie crurale	41
—	V. — Cure radicale de la hernie ombilicale	49
—	VI. — Traitement des hernies étranglées	55

DEUXIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR L'ESTOMAC

CHAPITRE	I. — Exploration de l'estomac	65
—	II. — Gastrotomie	63
—	III. — Gastrostomie	70
—	IV. — Gastro-entérostomie	75
—	V. — Gastrectomie	83
—	VI. — Résection du cardia	94
—	VII. — Gastroplique	98
—	VIII. — Gastropexie	99

TROISIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR L'INTESTIN

CHAPITRE	I. — Sutures intestinales.	100
—	II. — Entérectomies et entérorraphies.	106
	Entérectomie. Entérorraphie termino-terminale.	106
	Entérorraphie latéro-latérale.	109
	Entérorraphie termino-latérale.	115
	Anastomoses intestinales aux boutons anastomotiques	114
—	III. — Jéjunostomie.	120
—	IV. — Exclusion de l'intestin	122
—	V. — Résection de l'invagination intestinale	125
—	VI. — Résection de l'appendice	128
—	VII. — Résection du segment iléo-cæcal	133
—	VIII. — Résection des côlons	137
—	IX. — Anus iliaque temporaire.	141
—	X. — Anus iliaque définitif.	144
—	XI. — Colopexie.	149
—	XII. — Fermeture de l'anus artificiel	151

QUATRIÈME PARTIE

OPÉRATIONS SUR LE RECTUM ET L'ANUS

CHAPITRE	I. — Résection des hémorroïdes.	153
—	II. — Extirpation périnéale du rectum	157
—	III. — Extirpation abdomino-périnéale du rectum	164
—	IV. — Résection du rectum	170
—	V. — Rectococcyx	174
—	VI. — Myorraphie des releveurs	178
—	VII. — Rectotomie postérieure	185

CINQUIÈME PARTIE

CHIRURGIE DES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

I^{re} Section. Chirurgie du foie.

CHAPITRE	I. — Exploration du foie	184
—	II. — Suture du foie. Tamponnement.	192

TABLE DES MATIÈRES.

255

CHAPITRE	III. — Kysto-hépatotomie	194
—	IV. — Hépatostomie pour abcès	197
—	V. — Résection du foie.	200
—	VI. — Hépatopexie	202

II^e Section. Chirurgie des voies biliaires.

CHAPITRE	I. — Exploration des voies biliaires.	206
—	II. — Cathétérisme des voies biliaires.	209
—	III. — Cholécystotomie	211
—	IV. — Cholécystostomie	212
—	V. — Cysticotomie	216
—	VI. — Cholécystectomy	218
—	VII. — Cholécystentérostomie.	222
—	VIII. — Cholédochotomie	227
—	IX. — Duodénotomie. Cholédochotomie transduodénale.	234
—	X. — Résection du canal cholédoque.	258

III^e Section. Chirurgie de la rate.

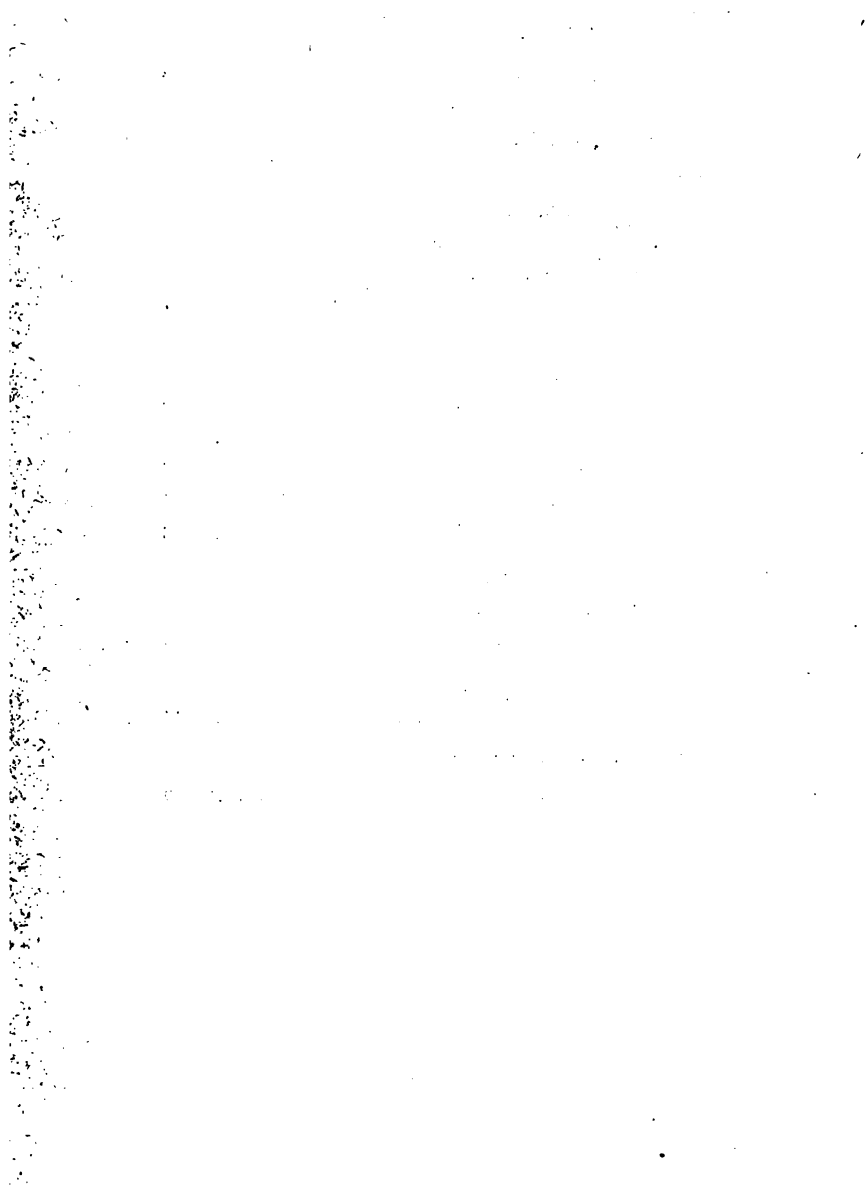
CHAPITRE	I. — Splénectomie.	240
—	II. — Spléнопexie	244

IV^e Section. Chirurgie du pancréas.

CHAPITRE	I. — Voies d'abord du pancréas.	247
----------	---	-----

V^e Section. Chirurgie du grand épiploon.

CHAPITRE	I. — Omentopexie	250
----------	----------------------------	-----



MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS — VI^e ARR.

N^o 584.

Décembre 1908.

RÉCENTES PUBLICATIONS MÉDICALES¹

G.-M. DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine, Membre de l'Académie de Médecine.

Ch. ACHARD

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

J. CASTAIGNE

Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

DIRECTEURS

Manuel

des

Maladies du Tube digestif

TOME I

BOUCHE, PHARYNX, OESOPHAGE, ESTOMAC

Par G. PAISSEAU, F. RATHERY, J.-Ch. ROUX

1 vol. grand in-8^o de 725 pages avec figures dans le texte . . 14 fr.

TOME II

**INTESTIN, PÉRITOINE, GLANDES SALIVAIRES,
PANCRÉAS**

Par M. LOEPER, Ch. ESMONET, X. GOURAUD, L.-G. SIMON,
L. BOLDIN et F. RATHERY

1 vol. grand in-8^o de 810 pages avec 116 figures dans le texte. 14 fr.

Sous presse : TOME III. — **FOIE, RATE**

Manuel

des

Maladies des Reins

et des Capsules surrénales

Par J. CASTAIGNE, E. FEUILLIÉ, A. LAVENANT, M. LOEPER
R. OPPENHEIM, F. RATHERY

1 vol. in-8^o, avec figures dans le texte. 14 fr.

(1) Sur demande, la Librairie Masson et C^{ie} envoie gratuitement les catalogues suivants. — Catalogue général. — Catalogues de l'Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire. — I. Ingénieur. — II. Biologiste.

Les livres de plus de 5 francs sont expédiés franco au prix du Catalogue.

Les volumes de 5 francs et au-dessous sont augmentés de 10 % pour le port.

Toute commande doit être accompagnée de son montant.

COLLECTION DE PRÉCIS MÉDICAUX

(VOLUMES IN-8°, CARTONNÉS TOILE ANGLAISE SOUPLE)

Vient de Paraître :

Dermatologie	par J. DARIER, médecin de l'hôpital Broca, avec figures.
Introduction à l'étude de la Médecine	par G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Paris. <i>Quatrième édition, entièrement revue.</i> 10 fr.
Physique Biologique	par G. WEISS, agrégé à la Faculté de Paris, avec 543 figures. 7 fr.
Physiologie	par MAURICE ARTHUS, professeur à l'Université de Lausanne. <i>Troisième édition, avec 286 figures en noir et en couleurs.</i> 10 fr.
Chimie physiologique	par MAURICE ARTHUS, <i>Cinquième édition, avec 109 fig. et 2 planches hors texte.</i> 6 fr.
Dissection	par P. POIRIER, professeur, et AMÉDÉE BAUMGARTNER, professeur à la Faculté de Paris, avec 169 figures. 6 fr.
Microbiologie clinique	par F. BEZANÇON, agrégé à la Faculté de Paris, avec 82 fig. 6 fr.
Examens de Laboratoire	<i>employés en clinique</i> , par L. BARD, professeur à l'Université de Genève, avec la collaboration de MM. G. MALLET et H. HUMBERT, avec 138 figures en noir et en couleurs. 9 fr.
Diagnostic médical et exploration clinique	par P. SPILLMANN et P. HAUSHALTER, professeurs et L. SPILLMANN, professeur agrégé à l'Université de Nancy, avec 153 figures. 7 fr.
Médecine infantile	par P. NOBÉCOURT, agrégé à la Faculté de Paris, avec 77 figures, et 1 planche en couleurs. 9 fr.
Chirurgie infantile	par E. KIRMISSON, professeur à la Faculté de Paris, avec 462 figures. 12 fr.
Médecine légale	par A. LACASSAGNE, professeur à la Faculté de Lyon, avec 112 figures et 2 planches en couleurs. 10 fr.
Ophtalmologie	par V. MORAX, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, avec 339 figures et 3 planches en couleurs. 12 fr.
Thérapeutique et Pharmacologie	par A. RICHAUD, agrégé à la Faculté de Paris, avec figures 12 fr.

MANUEL
de
Pathologie Interne

PAR

G. DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu, Membre de l'Académie de médecine.

QUINZIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

4 vol. in-16, avec figures en noir et en couleurs, cartonnés à l'anglaise. 32 fr.

Clinique Médicale
de l'Hôtel-Dieu de Paris

PAR

G. DIEULAFOY

- | | |
|--|--------|
| I. — 1896-1897, 1 volume in-8°, avec figures | 10 fr. |
| II. — 1897-1898, 1 volume in-8°, avec figures | 10 fr. |
| III. — 1898-1899, 1 volume in-8°, avec figures | 10 fr. |
| IV. — 1901-1902, 1 volume in-8°, avec figures | 10 fr. |
| V. — 1905-1906, 1 volume in-8°, avec figures et 14 planches
hors texte. | 10 fr. |

Le Traitement pratique
de la
Tuberculose pulmonaire

(Sept conférences faites à l'hôpital de la Pitié)

Par Louis RÉNON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de la Pitié.

1 volume petit in-8° de viii-260 pages. 3 fr. 50

CHARCOT — BOUCHARD — BRISSAUD

BABINSKI — BALLEZ — P. BLOCQ — BOIX — BRAULT — CHANTEMESSE — CHARRIN
CHAUFFARD — COURTOIS-SUFFIT — CROUZON — DUTIL — GILBERT — GRENET
GUIGNARD — GEORGES GUILLAIN — L. GUINON — GEORGES GUINON — HALLION — LAMY
CH. LAUBRY — LE GENDRE — A. LÉRI — P. LONDE — MARFAN — MARIE
MATHIEU — H. MEIGE — NETTER — OETTINGER — ANDRÉ PETIT — RICHARDIERE
H. ROGER — ROGUES DE FURSAC — RUVAULT — SOUQUES — THOINOT
THIBIERGE — TOLLEMER — FERNAND WIDAL

OUVRAGE COMPLET

TRAITÉ DE MÉDECINE

DEUXIÈME ÉDITION (ENTIÈREMENT REFOUNDUE)

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Institut.

BRISSAUD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

10 volumes grand in-8°, avec figures dans le texte 160 fr.
Chaque volume est vendu séparément.

TOME I^{er} — 1 vol. grand in-8° de 845 pages, avec figures. 16 fr.
Les Bactéries. — Pathologie générale infectieuse. — Troubles et maladies de la nutrition. — Maladies infectieuses communes à l'homme et aux animaux.

TOME II. — 1 vol. grand in-8° de 896 pages, avec figures. 16 fr.
Fièvre typhoïde. — Maladies infectieuses. — Typhus exanthématique. — Fièvres éruptives. — Erysipèle. — Diphtérie. — Rhumatisme articulaire aigu. — Scorbut.

TOME III. — 1 vol. grand in-8° de 702 pages, avec figures. 16 fr.
Maladies cutanées. — Maladies vénériennes. — Maladies du sang. — Intoxications.

TOME IV. — 1 vol. grand in-8° de 680 pages, avec figures. 16 fr.
Maladies de l'estomac. — Maladies du pancréas. — Maladies de l'intestin. — Maladies du péritoine. — Maladies de la bouche et du pharynx.

TOME V. — 1 vol. grand in-8° de 943 pages, avec figures en noir et en couleurs 18 fr.
Maladies du foie et des voies biliaires. — Maladies du rein et des capsules surrénales. — Pathologie des organes hématopoïétiques et des glandes vasculaires sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions, thyroïde, thymus.

TOME VI. — 1 vol. gr. in-8° de 612 pages, avec figures. 14 fr.
Maladies du nez et du larynx. — Asthme. — Coqueluche. — Maladies des bronches. — Troubles de la circulation pulmonaire. — Maladies aiguës du poumon.

TOME VII. — 1 vol. gr. in-8° de 550 pages, avec figures. 14 fr.
Maladies chroniques du poumon. — Phtisie pulmonaire. — Maladies de la plèvre. — Maladies du médiastin.

TOME VIII. — 1 vol. gr. in-8° de 580 pages, avec figures. 14 fr.
Maladies du cœur. — Maladies des vaisseaux sanguins.

MÉDECINE

TOME IX. — 1 vol. gr. in-8° de 1092 pages, avec figures. 18 fr.

Maladies de l'encéphale. — Maladies de la protubérance et du bulbe. — Maladies intrinsèques de la moelle épinière. — Maladies extrinsèques de la moelle épinière. — Maladies des méninges. — Syphilis des centres nerveux.

TOME X ET DERNIER. — 1 vol. grand in-8° de 1048 pages, avec figures en noir et en couleurs et 3 planches hors texte en couleurs. 18 fr.

Des Névrites. — Pathologie des différents muscles et nerfs moteurs. — Tics. — Crampes fonctionnelles et professionnelles. — Chorées, Myoclonies. — Maladie de Thomsen. — Paralysie agitante. — Myopathie primitive progressive. — Amyotrophie Charcot-Marie et Werdnig-Hoffmann. — Acromégale, Gigantisme, Achondroplasie, Myxœdème. — Goitre exophtalmique. — Pathologie du grand sympathique. — Neurasthénie. — Épilepsie. — Hystérie. — Paralysie générale progressive. — Les Psychoses.

Table analytique des 10 volumes.

Vient de paraître :

Les Médicaments usuels

Par le D^r A. MARTINET

Ancien Interne des hôpitaux de Paris.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

Conforme à la nouvelle édition du Codex (1902)

1 volume in-8°. 5 fr.

Les Aliments usuels

Composition — Préparation

Indications dans les Régimes

Par le D^r A. MARTINET

1 volume in-8° de VIII-328 pages avec figures. 4 fr.

Sous presse :

Les Agents physiques usuels

Par les D^{rs} A. MARTINET

MOUGEOT, DESFOSSES, DUREY, DUCROCQUET

DELHERM, DOMINICI

1 vol. in-8°, avec très nombreuses figures et planches.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE de Clinique Médicale

PAR

G.-M. DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin des hôpitaux,
Membre de l'Académie de Médecine.

ET

A. SALLARD

Ancien interne des hôpitaux.

1 volume grand in-8° de 1296 pages,
avec 275 figures, relié toile. . 25 fr.

Condenser en un volume les principales notions théoriques et pratiques nécessaires au diagnostic, tel est le but de ce livre. Outre la description des procédés de recherche et d'exploration par lesquels le médecin s'efforce d'arriver à la rigueur scientifique, les auteurs y exposent, avec l'étude générale des grands syndromes propres à chacun des appareils organiques, le tableau clinique de chaque maladie.

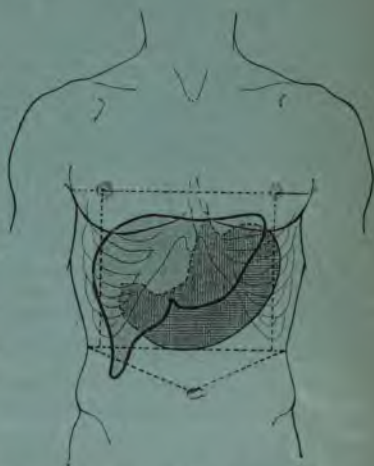


Fig. 168. — Rapports de l'estomac avec le foie et la cage thoracique. Repères permettant de les déterminer par la percussion.

Leçons sur les Troubles fonctionnels du Cœur (INSUFFISANCE CARDIAQUE — ASYSTOLIE)

PAR

Pierre MERKLEN

Médecin de l'hôpital Laënnec

PUBLIÉES PAR

le D^r Jean Heitz

1 volume in-8° de VIII-430 pages, avec figures. 10 fr.

Vient de paraître :

Aide-Mémoire de Thérapeutique

PAR MM.

G.-M. DEBOVE

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine
Professeur de Clinique
Membre de l'Académie de Médecine

G. POUCHET

Professeur de Pharmacologie et matière
médicale à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

A. SALLARD

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

1 volume in-8° de 790 pages, imprimé sur 2 colonnes, cartonné toile . . 16 fr.

Cet *Aide-Mémoire de Thérapeutique* est destiné à parer aux défaillances de mémoire, inévitables dans l'exercice de la pratique journalière. Il réunit, sous une forme concise mais aussi complète que possible, toutes les notions thérapeutiques indispensables au médecin. Pour faciliter la recherche rapide, les questions sont classées par ordre alphabétique. Elles comprennent : 1° l'exposé du traitement de toutes les affections médicales et des grands syndromes morbides ; 2° l'étude résumée des agents thérapeutiques principaux, médicaments et agents physiques ; 3° la mention des principales stations hydro-minérales (situation, composition, indications) et climatiques ; 4° l'exposé des connaissances essentielles en hygiène et en bromatologie.

Ouvrage complet :

Traité des Maladies de l'Enfance

Deuxième Édition, revue et augmentée

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

J. GRANCHER

Professeur à la Faculté de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

J. COMBY

Médecin
de l'Hôpital des Enfants-Malades

5 volumes grand in-8° 112 fr.

TOME I — 1 vol. de 1060 pages, avec fig. 22 fr.
TOME II — 1 vol. de 964 pages, avec fig. 22 fr.
TOME III — 1 vol. de 994 pages, avec fig. 22 fr.
TOME IV — 1 vol. de 1076 pages, avec fig. 22 fr.
TOME V — 1 vol. de 1196 pages, avec fig. 24 fr.

= 8 =

MÉDECINE

Vient de paraître :

**Diagnostic et Traitement
des
Maladies de l'Estomac**

Par le D^r Gaston LYON

Ancien chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Paris.

Un vol. in-8° de 724 pages, avec figures. Cartonné toile . . . **12 fr.**

**Traité élémentaire ♣♣♣♣♣♣♣♣
♣♣♣ de Clinique Thérapeutique**

PAR

le D^r Gaston LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris

SEPTIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol, grand in-8° de 1732 pages, relié toile **25 fr.**

Formulaire Thérapeutique

G. LYON

Ancien chef de clinique
à la Faculté de médecine.

PAR MM.

P. LOISEAU

Ancien préparateur
à l'École supérieure de Pharmacie

AVEC LA COLLABORATION DE

L. Delherm | Paul-Émile Levy

SIXIÈME ÉDITION, REVUE

1 vol. in-18 tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. **7 fr.**

Traité de Microscopie Clinique

PAR

D^r M. DEGUY
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Laboratoire
à l'Hôpital des Enfants-Malades

A. GUILLAUMIN
Docteur en Pharmacie
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

**1 vol. grand in-8° de 428 pages, avec 38 figures dans le texte,
93 planches en couleurs, relié toile anglaise. 50 fr.**

Cet important ouvrage est en même temps un traité et un atlas, plus un atlas qu'un traité. Essentiellement pratique, il s'adresse à la fois au médecin et au pharmacien et leur rendra, dans l'exercice quotidien de leur profession, les plus grands services pour l'établissement du diagnostic microscopique, ce puissant et indispensable auxiliaire du diagnostic clinique.

Il comprend l'étude des éléments suivants :

Sang. — Sérosités pathologiques (cytodiagnostic). — Lait et colostrum. — Matières fécales. — Parasites animaux de l'organisme et leurs œufs. — Teignes cryptogamiques et dermatoses. — Microbes pathogènes. — Crachats. — Conjonctivites. — Flore et maladies de l'appareil génital. — Urines. — Sperme. — Cheveux, poils, fibres et textiles. — Trypanosomes. — Champignons vénéneux.

Un texte clair et pratique accompagne les 93 planches en couleurs, d'une exactitude scrupuleuse, qui forment le fond de ce superbe et utile ouvrage.

Pathologie générale expérimentale

Les

Processus généraux

PAR LES D^{rs}

CHANTEMESSE

PODWYSSOTZKY

Professeur à la Faculté de Paris. | Professeur à l'Université d'Odessa.

TOME I. — 1 vol. grand in-8°, avec 162 figures en noir et en couleurs. **22 fr.**

TOME II. — 1 vol. grand in-8°, avec 94 figures en noir et en couleurs. **22 fr.**

Traité de Physiologie

PAR

J.-P. MORAT

Professeur à l'Université de Lyon.

Maurice DOYON

Professeur adjoint à la Faculté
de Médecine de Lyon.

5 volumes gr. in-8°, avec figures en noir et en couleurs dans le texte.
En souscription : **60 fr.**

TOME I. Fonctions élémentaires. — Prolégomènes, contraction.
— Sécrétion, milieu intérieur, avec 194 figures. **15 fr.**

TOME II. Fonctions d'innervation, avec 263 figures. **15 fr.**

TOME III. Fonctions de nutrition. — Circulation. — Calorification,
avec 173 figures **12 fr.**

TOME IV. Fonctions de nutrition (suite et fin). — Respiration,
excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. **12 fr.**

Sous presse : TOME V ET DERNIER

Fonctions de relation et de reproduction.

Vient de paraître :

La Syphilis

Expérimentation, Microbiologie, Diagnostic

PAR

C. LEVADITI

et

J. ROCHÉ

Assistant à l'Institut Pasteur.

Ancien interne des hôpitaux.

Préface par M. le Dr E. METCHNIKOFF, sous-directeur de l'Institut Pasteur.

1 vol. in-8° de iv-396 pages, avec 59 figures et 2 planches hors
texte en couleurs **12 fr.**

Vient de paraître :

Thérapeutique clinique de la Syphilis

PAR

E. ÉMERY

et

A. CHATIN

Médecin de Saint-Lazare.

Médecin des Eaux d'Uriage.

1 vol. in-8° de viii-640 pages, avec figures. **10 fr.**

= II =

HYGIÈNE PUBLIQUE ET INDIVIDUELLE

BIBLIOTHÈQUE d'Hygiène thérapeutique

FONDÉE PAR

le professeur **PROUST**

Membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général des Services sanitaires

Chaque ouvrage forme un volume cartonné toile
et est vendu séparément : 4 francs.

VOLUMES PARUS

Hygiène du Dyspeptique (2^e édition). — Hygiène du Neurasthénique (3^e édition). — Hygiène des Maladies de la Femme. — L'Hygiène du Goutteux (2^e édition). — L'Hygiène de l'Obèse (2^e édition). — L'Hygiène des Asthmatiques. — Hygiène et Thérapeutique thermales. — Les Cures thermales. — Hygiène des Albuminuriques. — Hygiène du Tuberculeux (2^e édition). — Hygiène et Thérapeutique des Maladies de la bouche (2^e édition). — L'Hygiène des Diabétiques. — L'Hygiène des Maladies du cœur. — Hygiène et Thérapeutique des Maladies des fosses nasales.

Traité d'Hygiène ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦ ♦

Par **A. PROUST**

Professeur à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie de médecine.

Troisième édition, revue et considérablement augmentée

AVEC LA COLLABORATION DE :

A. NETTER

et

H. BOURGES

Professeur agrégé
Membre du Comité consultatif d'hygiène publique.

Chef du laboratoire d'hygiène à la Faculté
de Médecine.

Ouvrage couronné par l'Institut et la Faculté de Médecine.

1 vol. in-8° de 1240 pages, avec figures et cartes dans le texte, 25 francs.

Les Maladies Populaires

Maladies vénériennes, Alcoolisme, Tuberculose

Par **L. RÉNON**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Pitié, Membre de la Société de Biologie.

Deuxième édition, revue et augmentée

1 volume in-8° de VIII-510 pages. 5 fr.

L'Alimentation et les Régimes chez l'homme sain ou malade

Par **Armand GAUTIER**

Professeur à la Faculté de Médecine, Membre de l'Institut.

TROISIÈME ÉDITION, REVUE ET CORRIGÉE

1 volume in-8° de vii-356 pages, avec figures. 12 fr.

Les deux premières éditions de cet ouvrage ont été épuisées en trois ans. Cette troisième édition, notre étude de l'alimentation rationnelle et des régimes à l'usage sain et pathologique, s'est enrichie de très nombreux documents sur la composition des aliments usuels, sur la proportion de leurs déchets, sur le calcul des calories qu'ils fournissent, sur le parasitisme des viandes, sur le botulisme, sur l'emploi du sucre et de l'alcool comme aliments, sur les variations des besoins alimentaires avec les climats, sur le prix de revient des régimes ouvriers européens, etc., etc.

Cours de Pathologie expérimentale et comparée Alimentation et Digestion

Par **G.-H. ROGER**

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

1 volume in-8° de xii-524 pages, avec 57 figures. 10 fr.

Manuel Technique de Massage

Par **J. BROUSSES**

Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

Troisième édition, revue et augmentée

1 vol. in-16 de 407 pages, avec 66 figures dans le texte, cartonné toile souple. 4 fr. 50

Vient de paraître :

Ce qu'il faut savoir d'Hygiène

R. WURTZ

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux.

PAR

H. BOURGES

Ancien chef du Laboratoire d'hygiène
de la Faculté de Médecine
de Paris.

1 vol. petit in-16, de vi-333 pages, avec figures dans le texte. . . 4 fr.

✧ ✧ ✧ ✧ **LES VENINS** ✧ ✧ ✧ ✧

LES ANIMAUX VENIMEUX ET LA SÉROTHÉRAPIE ANTIVENIMEUSE

Par **A. CALMETTE**

Directeur de l'Institut Pasteur de Lille.

1 vol. in-8°, de xvi-396 pages, avec 125 fig. Relié toile. . . . 12 fr.

TRYPANOSOMES et TRYPANOSOMIASES

A. LAVERAN

de l'Institut et de l'Académie
de Médecine.

PAR

F. MESNIL

Chef de laboratoire à l'Institut
Pasteur.

1 vol. grand in-8°, avec 61 figures et 1 planche en couleurs. . 10 fr.

✧ ✧ ✧ **TRAITÉ DU PALUDISME** ✧ ✧ ✧

Par **A. LAVERAN**

Deuxième édition, refondue.

1 vol. de viii-622 pages, avec 58 fig. et une planche en couleurs. 12 fr.

DIAGNOSTIC ET SÉMÉIOLOGIE DES MALADIES TROPICALES

R. WURTZ

Agrégé, Chargé de cours à l'Institut
de Médecine coloniale de Paris.

PAR MM.

A. THIROUX

Médecin-Major de première classe
des troupes coloniales.

1 vol. gr. in-8°, de xii-544 pages, avec 97 fig. en noir et en couleurs. 12 fr.

COURS DE DERMATOLOGIE EXOTIQUE

Par **E. JEANSELME**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris

1 vol. in-8°, avec 5 cartes et 108 fig. en noir et en couleurs. . 10 fr.

MALADIES DES PAYS CHAUDS

Par **Sir Patrick MANSON**

DEUXIÈME ÉDITION FRANÇAISE

traduite par M. GUIBAUD sur la quatrième édition anglaise, entièrement
mise au courant

1 vol. gr. in-8° de xvi-815 pages avec 241 figures et 7 planches en
couleurs. 16 fr.

La Pratique ◆◆◆◆◆◆◆◆

◆◆◆◆◆◆◆◆ Dermatologique

Traité de Dermatologie appliquée

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

ERNEST BESNIER, L. BROcq, L. JACQUET

PAR MM.

AUDRY, BALZEN, BARBE, BAROZZI, BARTHÉLEMY, BÉNARD, ERNEST BESNIER
BODIN, BRAULT, BROcq, DE BRUN, COURTOIS-SUFFIT,
DU CASTEL, A. CASTEX, J. DARIER, DEHU, DOMINICI, W. DUBREUILH, HUDELO
L. JACQUET, JEANSELME, J.-B. LAFFITTE, LENGLET, LEREDDE,
MERKLEN, PERRIN, RAYNAUD, RIST, SABOURAUD, MARCEL SÉE, GEORGES
THIBIERGE, TRÉMOLIÈRES, VEYRIÈRES.

4 volumes reliés toile formant ensemble 3870 pages, et illustrés de
823 figures en noir et de 89 planches en couleurs. 156 fr.
Chaque volume est vendu séparément.

Depuis la publication de la *PRATIQUE DERMATOLOGIQUE*, les applications électrothérapiques ont acquis une grande importance. Aussi MM. BESNIER, BROcq et JACQUET ont-ils fait refondre entièrement, en Janvier 1907, l'article **Electricité**.

On y trouvera maintenant exposées, avec clarté et précision, les diverses modalités de la cure électrique : courants galvaniques, électrolyse et ionisation; courants faradiques et sinusoidaux; franklinisation; courants de haute fréquence, radiothérapie, etc., etc.

En outre, à chacune des dermatoses justiciables de ces méthodes, on trouvera les renvois et indications nécessaires.

TOME I. — 1 vol. avec 230 fig. et 24 planches 36 fr.

Anatomie et Physiologie de la Peau. — Pathologie générale de la Peau. — Symptomatologie générale des Dermatoses. — Acanthosis nigricans à Ecthyma.

TOME II. — 1 vol. avec 168 fig. et 21 planches. 40 fr.

Eczéma à Langue.

TOME III. — 1 vol. avec 201 fig. et 19 planches. 40 fr.

Lèpre à Psoriasis.

TOME IV. — 1 vol. avec 213 fig. et 25 planches. 40 fr.

Poim à Zona.

MANUEL ÉLÉMENTAIRE
de
Dermatologie *****
***** **topographique**
régionale

PAR
R. SABOURAUD

Chef du laboratoire de la Ville de Paris
à l'hôpital Saint-Louis.

1 volume grand in-8° de XII-736 pages, avec
231 figures dans le texte.

Broché. 15 fr. | Relié toile 16 fr.

Ce livre, le premier ainsi conçu, réalise dans l'étude
des maladies cutanées ce que représentent, pour la
botanique élémentaire, les flores dichotomiques qui
donnent le moyen de reconnaître une plante alors même
qu'on la rencontre pour la première fois.



Thérapeutique des *****
***** **Maladies de la peau**

PAR LE
D^r LEREDDE

Directeur de l'Établissement dermatologique de Paris.

1 vol. in-8° de 700 pages, broché. 10 fr.

Les Maladies du Cuir chevelu

PAR LE
D^r R. SABOURAUD

Chef du Laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis.

I. — Maladies séborrhéiques : Séborrhée, Acnés, Calvitie

1 vol. in-8°, avec 91 figures dont 40 aquarelles en couleurs. 10 fr.

**II. — Maladies desquamatives: Pytiriasis et Alopecies
pelliculaires**

1 vol. in-8°, avec 122 fig. dans le texte en noir et en couleurs. 22 fr.

PSYCHOLOGIE — NEUROLOGIE

L'Année Psychologique

DIRIGÉE PAR

ALFRED BINET

AVEC LA COLLABORATION DE MM :

VON ASTER, BECHER, BENUSSI, BERGSON, BLOCH, BOREL, CANTECOR,
CHABOT, GEISSLER, GOBLOT, HAMANN, HEYMANS, HOULLEVIGUE, IMBERT, JACOBS,
JAENSCH, JUNG, RATZ, LEVY, LIPMANN, MAIGRE, MITCHELL, OESTERREICH, PICK,
RAUH, SIMON, SOURIAU, SPEARMAN, V. D. TORREN, S. WITASEK

Secrétaire de la Rédaction : **LARGUIER DES BANCELS**

Quatorzième année — 1908

1 volume in-8, nombreuses figures. 15 fr. franco

En vente : Tomes II à VI, chaque volume 30 fr.

Tome VII 18 fr.

Tomes VIII à XIV, chaque volume 15 fr.

Vient de paraître :

L'Éducation de soi-même

Par le **D^r DUBOIS**

professeur de Neuropathologie à l'Université de Berne.

Deuxième édition. 1 volume in-8^e de 266 pages, broché 4 fr.

Vient de paraître :

Les Psychonévroses et leur traitement moral

Leçons faites à l'Université de Berne

Par le **D^r DUBOIS**, professeur de Neuropathologie.

PRÉFACE DU PROFESSEUR DEJERINE

Troisième édition. 1 volume in-8^e de 560 pages 8 fr.

Vient de paraître :

Les Affections du Système digestif en Neuropathologie

Leçons faites à la Faculté de Médecine de Genève

Par le **D^r H. ZBINDEN**

Privat docent de Neuropathologie à l'Université

PRÉFACE DU **D^r J. AUCLAIR**, Médecin des Hôpitaux de Paris.

1 volume in-8^e de xvi-230 pages, broché 3 fr.

OUVRAGE COMPLET

Abrégé d'Anatomie

PAR

P. POIRIER

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris.

A. CHARPY

Professeur d'Anatomie
à la Faculté de Médecine de Toulouse.

B. CUNÉO

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris.

TOME I. — EMBRYOLOGIE — OSTÉOLOGIE — ARTHROLOGIE — MYOLOGIE.

TOME II. — CŒUR — ARTÈRES — VEINES — LYMPHATIQUES — CENTRES NERVEUX — NERFS CRANIENS — NERFS RACHIDIENS.

Vient de paraître :

TOME III. — ORGANES DES SENS — APPAREIL DIGESTIF ET ANNEXES — APPAREIL RESPIRATOIRE — CAPSULES SURRÉNALES — APPAREIL URINAIRE — APPAREIL GÉNITAL DE L'HOMME ET DE LA FEMME — PÉRINÉE — MAMELLES — PÉRITOINE.

3 volumes in-8°, formant ensemble 1620 pages avec 976 figures en noir et couleurs dans le texte, richement reliés toile. 50 fr.

Guide anatomique aux Musées de Sculpture

PAR

A. CHARPY

Professeur d'Anatomie à la Faculté de
Médecine de Toulouse.

L. JAMMES

Professeur adjoint à l'Université
de Toulouse.

1 vol. petit in-8° de viii-112 pages, avec figures. 2 fr.

Ce guide n'a point pour but d'apprendre l'anatomie aux artistes ; il se propose simplement de permettre aux visiteurs de musées d'étudier avec fruit et de comprendre les œuvres de sculpture.

OUVRAGE COMPLET

Traité d'Anatomie Humaine

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

P. POIRIER

ET

A. CHARPY

Professeur d'anatomie à la Faculté de
médecine de Paris. Chirurgien des hôpitaux.

Professeur d'anatomie à la Faculté
de médecine de Toulouse.

AVEC LA COLLABORATION DE

O. AMOEDO — A. BRANCA — A. CANNIEU — B. CUNÉO — G. DELAMARE — PAUL DELBET
A. DRUVAULT — P. FREDET — GLANTENAY
A. GOSSET — M. GUIBÉ — P. JACQUES — TH. JONNESCO — E. LAGUESSE
L. MANOUVRIER — M. MOTAIS — A. NICOLAS — P. NOBÉCOURT — O. PASTEAU — M. PICOU
A. PRENANT — H. RIEFFEL — CH. SIMON — A. SOULIÉ

5 volumes grand in-8°, avec figures noires et en couleurs. 160 fr.

TOME I. — (3^e édition refondue) : Introduction. Notions d'embryologie. Ostéologie. Arthrologie, avec 807 figures. (Sous presse).

TOME II. — 1^{re} Fasc. (2^e édition refondue) : Myologie, avec 331 fig. . . 12 fr.

2^e Fasc. (2^e édition refondue) : Angéiologie. Cœur et Artères. Histologie, avec 150 figures. 8 fr.

3^e Fasc. (2^e édition refondue) : Angéiologie. Capillaires. Veines, avec 83 figures. 6 fr.

4^e Fasc. : Les Lymphatiques, (2^e édition refondue) avec 126 figures. . . 8 fr.

TOME III. — 1^{re} Fasc. (2^e édition refondue) : Système nerveux. Méninges. Moelle. Encéphale. Embryologie. Histologie, avec 265 figures. . . 10 fr.

2^e Fasc. (2^e édition refondue) : Système nerveux. Encéphale, avec 131 figures. 10 fr.

3^e Fasc. (2^e édition refondue) : Système nerveux. Les Nerfs. Nerfs crâniens. Nerfs rachidiens, avec 228 figures. 12 fr.

TOME IV. — 1^{re} Fasc. (2^e édition refondue) : Tube digestif, avec 201 fig. . 12 fr.

2^e Fasc. (2^e édition refondue) : Appareil respiratoire, avec 121 fig. . . 6 fr.

3^e Fasc. (2^e édition refondue) : Annexes du tube digestif. Péritoine, avec 448 figures. 16 fr.

TOME V. — 1^{re} Fasc. : Organes génito-urinaires (2^e édition revue), avec 431 figures. 20 fr.

2^e Fasc. : Les Organes des sens. Les Glandes surrénales, avec 544 figures. 20 fr.

Petite Chirurgie Pratique

TH. TUFFIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de
Paris, Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

PAR

P. DESFOSSÉS

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chirurgien du Dispensaire de la Cité du Midi

DEUXIÈME ÉDITION, REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol. petit in-8° de viii-568 pages, avec 353 figures, cartonné à l'anglaise. 10 fr.

Le but de ce livre est d'exposer aussi clairement que possible les

éléments de petite
chirurgie indis-
pensables à l'infir-
mière, à l'étudiant,
au praticien.

Les remanie-
ments de cette
édition portent
sur plus du cin-
quième du livre.

Les additions
comprennent le
pansement des brû-
lures, les greffes
dermo-épidermi-
ques, l'anesthésie
par la slovaïne, la
méthode de Bier,
la gymnastique de
la respiration et
du maintien, etc...

Les médecins
de campagne sont
dans la nécessité

de s'occuper de la bouche de leurs malades; le Dr Neveu a écrit pour
eux un chapitre très substantiel sur les extractions dentaires et l'hygiène
de la bouche et des dents.



Fig. 346. — Extraction d'une incisive inférieure.

Vient de paraître :

Guide du Médecin dans les Accidents du travail

E. FORGUE

Professeur à la Faculté
de Médecine de Montpellier.

PAR

E. JEANBRAU

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Montpellier.

1 volume in-8° de xx-576 pages, cartonné toile souple . . . 8 fr.

Vient de paraître:

OUVRAGE COMPLET

Traité de Technique Opératoire

PAR

CH. MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris.

Chirurgien honoraire des hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine.

J. VANVERTS

Chirurgien des hôpitaux de Lille.
Ancien interne lauréat des hôpitaux
de Paris. Membre correspondant
de la Société de Chirurgie.

Deuxième Édition
entièrement refondue



2 volumes grand in-8°, for-
mant ensemble XI-2016
pages avec 2337 figures
dans le texte . . . **40 fr.**

*Le tome I n'est plus vendu
séparément. Le tome II est
vendu aux acheteurs du
tome I. 18 fr.*

Condenser les descriptions sans
rien sacrifier de la clarté, suppri-
mer tout ce qui semblait tombé en
désuétude, et cela pour pouvoir
donner place à certaines opérations
nouvelles ou à d'autres intention-
nellement omises dans la première
édition parce que non encore con-
sacrées par l'usage, tel est le tra-
vail considérable qu'ont poursuivi
les auteurs dans cette deuxième
édition. La plupart des chapitres
anciens ont été remaniés, quelques-uns même complètement transformés. Les
index bibliographiques ont été intégralement mis au courant en même temps
que nombre d'indications anciennes, et aujourd'hui sans intérêt pratique,
étaient supprimées.

Enfin l'illustration a été à la fois augmentée et entièrement révisée :
nombre de clichés de la première édition ont fait place à des figures nouvelles.

Cette œuvre à la fois complète et vraiment moderne, débarrassée de tous dé-
tails inutiles, rendra comme son aînée les plus signalés services aux praticiens.



FIG. 250. — Fracture de la rotule. Double
suture fibro-périostique latérale (Blake).

Vient de paraître :

DEUXIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

DU

Précis de Technique opératoire

PAR

LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Avec Introduction par le professeur Paul Berger

7 volumes in-8°, cartonnés
toile anglaise souple.

**Pratique courante et
Chirurgie d'urgence,**
par VICTOR VEAU. — **Tête
et cou,** par CH. LENOR-
MANT. — **Thorax et
membre supérieur** par
A. SCHWARTZ. — **Abdo-
men,** par M. GUIBÉ. —
**Appareil urinaire et
appareil génital de
l'homme,** par PIERRE
DUVAL. — **Appareil gé-
nital de la femme,** par
R. PROUST. — **Membre
inférieur,** par GEORGES
LABEY.

Chaque volume, illustré de
plus de 200 fig., la plu-
part originales. 4 fr. 50



Ligature du méso-appendice.

Vient de paraître :

Précis de Manuel Opératoire

Par L.-H. FARABEUF

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

NOUVELLE ÉDITION

complètement revue et augmentée de figures nouvelles

LIGATURES DES ARTÈRES — AMPUTATIONS — RÉSECTIONS — APPENDICE

1 vol. in-8° de XVIII-1092 pages, avec 862 figures dans le texte . . . 16 fr.

Vient de paraître :

Précis de Pathologie Chirurgicale

PAR MM.

BÉGOUIN, BOURGEOIS, PIERRE DUVAL, JEANBRAU,
LECÈNE, LENORMANT, R. PROUST, TIXIER

4 volumes in-8°, cartonnés toile anglaise

TOME I. — **PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE, MALADIES GÉNÉRALES DES TISSUS, CRANE ET RACHIS.** par MM. P. LECÈNE, R. PROUST, Professeurs agrégés à la Faculté de Paris, chirurgiens des Hôpitaux, et L. TIXIER, Professeur agrégé à la Faculté de Lyon, chirurgien des Hôpitaux.
— 1 vol. in-8° de xvi-1028 pages, avec 349 figures. 10 fr.

TOME II. — **TÊTE, COU, THORAX,** par MM. H. BOURGEOIS, Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux de Paris et CH. LENORMANT, Professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien des Hôpitaux.
— 1 vol. in-8° de xii-984 pages, avec 312 figures. 10 fr.

Pour paraître en 1909 :

Tome III. — **Glandes mammaires — Abdomen.**

Tome IV. — **Organes génito-urinaires — Membres.**

Vient de paraître :

MÉDECINE OPÉRATOIRE DES VOIES URINAIRES

Anatomie Normale et
Anatomie Pathologique Chirurgicale

Par J. ALBARRAN

Professeur de clinique des Maladies des Voies urinaires
à la Faculté de Médecine de Paris, Chirurgien de l'Hôpital Necker.

Un volume grand in-8° de xi-991 pages, avec 561 figures dans le texte
en noir et en couleurs. Relié toile 35 fr.

TRAITÉ de GYNÉCOLOGIE

Clinique et Opératoire

PAR **Samuel POZZI**

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'hôpital Broca.

QUATRIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

AVEC LA COLLABORATION DE F. JAYLE

2 vol. grand in-8° formant ensemble 1500 pages avec 894 figures
dans le texte. Reliés toile. 40 fr.

Cette édition est profondément remaniée. Les derniers progrès de la technique chirurgicale ont été tels qu'il a paru nécessaire de refondre presque entièrement les chapitres relatifs au traitement.

Le Professeur Pozzi s'est aussi attaché à formuler plus nettement les indications opératoires et à conseiller le choix de tel ou tel procédé dont l'expérience lui a démontré la supériorité. L'anatomie pathologique a également dû être complètement remaniée et mise à la hauteur de nos connaissances actuelles. Le texte a été sensiblement augmenté; le nombre des figures a été accru dans de très grandes proportions et la plupart de ces additions sont inédites.



Fig. 503. — Résection de l'ovaire.
Tracé de l'incision au bistouri.

Vient de paraître :

Cliniques de "la Charité" sur la Chirurgie journalière

Par **Paul RECLUS**

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de la Charité, Membre de l'Académie de Médecine.

1 vol. in-4° de viii-592 pages, avec figures.

Précis * * * * * * * * * * d'Obstétrique

PAR MM.

A. RIBEMONT-DESSAIGNES

Agrégé de la Faculté de médecine
Accoucheur de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine

G. LEPAGE

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
de Paris
Accoucheur de l'hôpital de la Pitié

SIXIÈME ÉDITION

AVEC 568 FIGURES DANS LE TEXTE, DONT 400 DESSINÉES PAR M. RIBEMONT-DESSAIGNES

1 vol. grand in-8° de 1420 pages, relié toile. 30 fr.

En supprimant la presque totalité des notions anatomo-physiologiques concernant l'appareil génital de la femme et en procédant à une révision soignée des figures et du texte, les auteurs ont pu, sans augmenter le volume : 1° ajouter un certain nombre de figures nouvelles; 2° développer certaines questions de pratique, telles que celles des complications et hémorragies de la délivrance, des infections puerpérales, des ruptures de l'utérus, de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, etc.; mettre au point la plupart des questions importantes; 3° traiter des sujets nouveaux, tels que l'application de la radiographie à l'obstétrique. A la pathologie médicale du nouveau-né ont été ajoutées des notions sommaires sur la pathologie chirurgicale de l'enfant qui vient de naître.

Iconographie * * * * * * * * * * Obstétricale

Par **A. RIBEMONT-DESSAIGNES**

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de la Maternité de Beaujon
Membre de l'Académie de Médecine

FASCICULE I

Rétention du Fœtus mort dans l'Utérus avec intégrité des membranes

12 planches en couleurs gr. in-8°, avec texte explicatif et observations. 12 fr.

FASCICULE II

Anomalies et Monstruosité Fœtales

12 planches en couleurs gr. in-8°, avec texte explicatif et observations. 12 fr.

L'ŒUVRE MÉDICO-CHIRURGICAL (D^r CRITZMAN, Directeur)

Suite de Monographies Cliniques

SUR LES QUESTIONS NOUVELLES

EN MÉDECINE, EN CHIRURGIE ET EN BIOLOGIE

Chaque Monographie est vendue séparément. 1 fr. 25

Il est accepté des Abonnements pour une série de 10 Monographies consécutives, au prix à forfait et payable d'avance de 10 francs pour la France et 12 francs pour l'Etranger (port compris).

DERNIERES MONOGRAPHIES PUBLIÉES :

34. **Le Rhumatisme tuberculeux** (*pseudo-rhumatisme d'origine bacillaire*), par le professeur Antonin PONCET et Maurice MAILLAND.
35. **Les Consultations de nourrissons**, par Ch. MAYGRIER, agrégé.
36. **La Médication phosphorée**, par le P^r GILBERT et le D^r POSTERNAK.
37. **Pathogénie et traitement des névroses intestinales**, par le D^r GASTON LYON.
38. **De l'Enucléation des fibromes utérins**, par Th. TUFFIER, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon.
39. **Le Rôle du sel en pathologie**, par Ch. ACHARD, professeur agrégé.
40. **Le Rôle du sel en thérapeutique**, par Ch. ACHARD.
41. **Le Traitement de la Syphilis**, par le professeur E. GAUCHER.
42. **Tics**, par le D^r HENRY MEIGE.
43. **Diagnostic de la Tuberculose par les nouveaux procédés de laboratoire**, par le D^r NATTAN-LARRIER.
44. **Traitement de l'hypertrophie prostatique par la prostatectomie**, par R. PROUST, professeur agrégé à la Faculté de Paris.
45. **De la Lactosurie** (*Etudes urologiques de médecine comparée sur les états de grossesse, de puerpéralité et de lactation chez la femme et les femelles domestiques*) par M. CH. PORCHER, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon.
46. **Les Gastro-entérites des nourrissons**, par A. LESAGE, médecin de l'Hôpital des Enfants (Hérault).
47. **Le Traitement des Gastro-entérites des nourrissons et du Choléra infantile**, par A. LESAGE.
48. **Les Ions et les médications ioniques**, par S. LEDUC, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes.
49. **Physiologie de l'acide urique**, par P. FAUVEL, docteur ès sciences, professeur à l'Université catholique d'Angers.
50. **Le Diagnostic fonctionnel du cœur**, par W. JANOWSKI, professeur agrégé à l'Académie médicale de Saint-Petersbourg.
51. **Les Arriérés scolaires**, par R. CRUQUET, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
52. **Artério-Sclérose et Athéromasie**, par le professeur TEISSIER, professeur à l'Université de Lyon.
53. **Les Sulfo-éthers urinaires** (*physiologie et valeur clinique dans l'auto-intoxication intestinale*) par H. LABBÉ, chef de laboratoire à la Faculté de Paris et G. VITRY, chef de clinique à la Faculté de Paris.
54. **Les injections mercurielles intra-musculaires dans le traitement de la Syphilis**, par le D^r A. LEVY-BING.

DIVERS

BARD. — Précis d'Anatomie pathologique (*Deuxième édition*), par L. BARD, professeur à l'Université de Genève. 1 vol., avec 125 fig., cart. toile. 7 fr. 50

BRISSAUD. — Leçons sur les Maladies nerveuses (*Deuxième série*; hôpital St-Antoine), par E. BRISSAUD, professeur à la Faculté de Paris, recueillies par HENRY MEIGE. 1 vol. grand in-8°, avec 165 figures. 15 fr.

BROCA. — Leçons cliniques de Chirurgie infantile, par A. BROCA, agrégé à la Faculté de Paris. *Deuxième série*. 1 vol. in-8°, avec 99 figures. 10 fr.

CALMETTE. — Recherches sur l'épuration biologique et chimique des Eaux d'égout, par le D^r A. CALMETTE, membre correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. E. ROLANTS, E. BOULLANGER, F. CONSTANT, L. MASSOL, de l'Institut Pasteur de Lille, et de M. le professeur A. BUISINE, de la Faculté des Sciences de Lille.

TOME I. — (*Epuisé*).

TOME II. — 1 vol. gr. in-8°, avec 45 fig., nombreux graphiques et 6 planches. 10 fr.

TOME III. — 1 vol. gr. in-8°, avec 50 figures. 8 fr.

1^{er} Supplément. — Analyse des Eaux d'égout, par E. ROLANTS, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille. 1 vol. gr. in-8°, avec 31 figures. . . 4 fr.

CALOT. — L'Orthopédie indispensable (*Tuberculoses externes, déviations, etc.*) par F. CALOT, chirurgien en chef de l'hôpital Rothschild, etc. 1 vol. in-8° de 741 pages, avec 825 figures, relié toile 16 fr.

— *Traité pratique de Technique Orthopédique*, par le D^r CALOT.

I. *Technique du Traitement de la Coxalgie*, avec 178 fig. 1 vol. . . . 7 fr.

II. *Technique du Traitement de la Luxation congénitale de la hanche*, avec 206 figures et 5 planches. 1 vol. 7 fr.

III. *Technique du Traitement des Tumeurs blanches*, avec 192 fig. 1 vol. 7 fr.

CHAPUT. — Les Fractures malléolaires du Cou-de-Pied et les Accidents du Travail par le D^r CHAPUT, chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

1 vol. petit in-8° de 160 pages avec 73 figures dans le texte 3 fr. 50

DAREMBERG. — Tuberculose pulmonaire (*Les différentes formes cliniques et sociales de la*). *Pronostic, Diagnostic, Traitement*, par G. DAREMBERG. 1 vol. in-8° de 400 pages, broché 6 fr.

GAUTIER (A.). — Cours de Chimie minérale et organique, par ARM. GAUTIER, de l'Institut, professeur à la Faculté de Paris. 2 vol. gr. in-8°, avec fig.

I. *Chimie minérale. Deuxième édition*. 1 vol. grand in-8°, avec 244 fig. dans le texte 16 fr.

II. *Chimie organique. Troisième édition*, avec la collaboration de MARCEL DELÉPINE, agrégé à l'École supérieure de Pharmacie de Paris. 1 vol. grand in-8°, avec figures. 18 fr.

— *Leçons de Chimie biologique, normale et pathologique.* — *Deuxième édition*, publiée avec la collaboration de M. ARTHUS. 1 vol. in-8°, avec 110 figures. 18 fr.

HENNEQUIN et LOEWY. — Les Fractures des Os longs (*leur traitement pratique*), par les D^{rs} J. HENNEQUIN, membre de la Société de chirurgie, et ROBERT LOEWY. 1 vol. grand in-8°, avec 215 fig. dont 25 planches représentant 223 radiographies originales. 16 fr.

- KENDIRDJY.** — *L'Anesthésie chirurgicale par la Stovaïne*, par le D^r LÉON KENDIRDJY, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12 de 206 pages, broché. 3 fr.
- KIRMISSON.** — *Leçons cliniques sur les Maladies de l'appareil locomoteur (os, articulations, muscles)*, par le D^r KIRMISSON, professeur à la Faculté de Paris. 1 vol. in-8°, avec figures dans le texte. 10 fr.
- *Traité des Maladies chirurgicales d'origine congénitale*, par le P^r KIRMISSON. 1 vol. in-8°, avec 311 figures et 2 planches en couleurs. 15 fr.
- *Les Difformités acquises de l'appareil locomoteur pendant l'enfance et l'adolescence*, par le P^r KIRMISSON. 1 vol. in-8°, avec 430 figures 15 fr.
- LANNELONGUE.** — *Leçons de Clinique Chirurgicale*, par O. LANNELONGUE, professeur, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine. 1 vol. grand in-8° de 594 pages, avec 40 figures et 2 planches. 12 fr.
- LETULLE.** — *La pratique des autopsies*, par M. LETULLE, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol. in-8° cavalier de 548 pages, avec 136 figures. Broché, 10 fr. — Cartonné. 12 fr.
- MARFAN (A.-B.).** — *Leçons cliniques sur la Diphtérie, et quelques maladies des premières voies*, par A.-B. MARFAN, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 1 vol. grand in-8° de iv-483 pages, avec 68 fig. dans le texte. 10 fr.
- MEIGE (HENRY) ET FEINDEL (E.).** — *Les Tics et leur Traitement*, par les D^{rs} MEIGE ET FEINDEL. 1 vol. in-8° de 640 pages. 16 fr.
- MENARD.** — *Étude sur la Coxalgie*, par le D^r V. MENARD, chirurgien de l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer. 1 vol. in-8° de ix-439 pages, avec 26 planches hors texte. 15 fr.
- RECLUS.** — *L'Anesthésie localisée par la Cocaïne*, par P. RECLUS, professeur à la Faculté de Paris. 1 vol. petit in-8°, avec 59 figures. 4 fr.
- ROGER.** — *Les Maladies infectieuses*, par G.-H. ROGER, professeur à la Faculté de Paris, 2 vol. grand in-8°, avec 117 figures. 28 fr.
- RUDAUX (P.).** — *Précis élémentaire d'Anatomie, de Physiologie et de Pathologie*, par P. RUDAUX, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Avec préface de M. RIBEMONT-DESSAIGNES. 1 vol. in-16 avec 462 figures, cartonné toile. 8 fr.
- SABOURIN.** — *Traitement rationnel de la phtisie*, par le D^r CH. SABOURIN, directeur du sanatorium de Durtol. *Troisième édition revue et très augmentée.* 1 vol. in-16, relié toile souple.
- THIBIERGE.** — *Syphilis et Déontologie*, par GEORGES THIBIERGE, médecin de l'hôpital Broca. 1 vol. in-8°, broché. 5 fr.
- TRIPPIER.** — *Traité d'Anatomie pathologique générale*, par R. TRIPIER, professeur à la Faculté de Lyon. 1 vol., avec 230 fig. en noir et en couleurs. 25 fr.
- WEISS.** — *Leçons d'Ophtalmométrie (Cours de perfectionnement de l'Hôtel-Dieu)*, par G. WEISS, professeur agrégé à la Faculté de Paris. Avec Préface de M. le P^r DE LAPERSONNE. 1 vol. petit in-8°, avec 149 fig. 5 fr.

Encyclopédie Scientifique

des Aide-Mémoire

Publiée sous la direction de **H. LÉAUTÉ**, Membre de l'Institut

Au 1^{er} Décembre 1908, 395 VOLUMES publiés

Chaque ouvrage forme un volume petit in-8°, vendu : Broché, 2 fr. 50

Cartonné toile, 3 fr.

DERNIERS VOLUMES PUBLIÉS DANS LA SECTION DU BIOLOGISTE

MALADIES DES VOIES URINAIRES, URÈTRE, VESSIE, par le Dr BAZY, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, 4 vol.

I. Moyens d'exploration et traitement. 2^e édition. II. Sémiologie. III. Thérapeutique générale. Médecine opératoire. IV. Thérapeutique spéciale. **GUIDE DE L'ÉTUDIANT À L'HÔPITAL**, par A. BERGÉ, interne des hôpitaux. 2^e édit. **BIOLOGIE GÉNÉRALE DES BACTÉRIES**, par le Dr E. BOUÏX, professeur de Bactériologie à l'Université de Rennes.

LES BACTÉRIES DE L'AIR, DE L'EAU ET DU SOL, par E. BOUÏX.

LES CONDITIONS DE L'INFECTION MICROBIENNE ET L'IMMUNITÉ, par E. BOUÏX. **L'OREILLE**, par PIERRE BOUMIER, 5 vol.

I. Anatomie de l'oreille. II. Pathogénie et mécanisme. III. Physiologie : Les Fonctions. IV. Symptomatologie de l'oreille. V. Pathologie de l'oreille. **PRÉCIS ÉLÉMENTAIRE DE DERMATOLOGIE**, par MM. BROcq et JACQUET, médecins des hôpitaux de Paris. 2^e édition, entièrement revue. 5 vol.

I. Pathologie générale cutanée. II. Différences cutanées, éruptions artistielles, dermatoses parasitaires. III. Dermatoses microbiennes et néoplasies. IV. Dermatoses inflammatoires. V. Dermatoses d'origine nerveuse. Formulaire.

LA PELADE, par A. CHATIN, membre de la Société de Dermatologie, et P. TRÉMOLIERES, ancien interne à l'hôpital Saint-Louis.

LA CHIRURGIE DU CHAMP DE BATAILLE. Méthodes de pansement et interventions d'urgence d'après les enseignements modernes, par le Dr DEMMIER, membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS, par L. JACQUET, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, et M. FERRAND, interne à l'hôpital Broca.

LE PÉRIL VÉNÉRIEN, par H. LABIT et H. POLIN, médecins principaux de l'armée.

LA LEUCÉMIE MYÉLOÏDE, par P. MENETRIER, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, et Ch. AUBERTIN, ancien interne des hôpitaux de Paris.

EXAMEN ET SÉMIOTIQUE DU CŒUR, par les Drs PIERRE MERKLEN, médecin de l'hôpital Laënnec et Jean HEITZ, 2 vol.

I. Inspection, palpation, percussion, auscultation.
II. Le Rythme du cœur et ses modifications.

LES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE L'EAU DE MER par le Dr ROBERT-SIMON. **L'HÉRÉDITÉ DE LA TUBERCULOSE**, par J. VIREZ, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

LA MÉNOPAUSE par Ch. VINAY, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon.

— PÉRIODIQUES MÉDICAUX —

Extrait de la liste des 46 Périodiques scientifiques

Publiés par la Librairie MASSON et C^{ie}

Revue de Gynécologie * * * * *
et de Chirurgie Abdominale

paraissant tous les deux mois sous la direction de

S. POZZI

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de médecine de Paris.

Secrétaire de la Rédaction : **F. JAYLE**

Secrétaire adjoint : **X. BENDER.**

ABONNEMENT ANNUEL : FRANCE, **28 fr.** UNION POSTALE, **30 fr.**

Journal de Physiologie
et de Pathologie générale

PUBLIÉ TOUTS LES 2 MOIS PAR MM. LES PROFESSEURS

BOUCHARD ET CHAUVEAU

Comité de Rédaction : MM. J. Courmont, E. Gley, P. Teissier.

Chaque numéro contient, outre les mémoires originaux, un index bibliographique de 30 à 40 pages comprenant l'analyse sommaire des travaux français et étrangers de physiologie et de pathologie générale. L'année forme un fort volume d'environ 1250 pages, avec nombreuses figures et planches hors texte.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris et Départements, **35 fr.** — Union postale, **40 fr.**
Le numéro, **7 fr.**

Archives de Médecine Expérimentale
et d'Anatomie pathologique

Fondées par **J.-M. CHARCOT**

Publiées tous les 2 mois par MM. JOFFROY, LÉPINE,
PIERRE MARIE, ROGER

Secrétaires de la rédaction : CH. ACHARD, R. WURTZ

Créées en 1880, les Archives de Médecine expérimentale sont un recueil de mémoires originaux consacrés à la médecine scientifique. Eclairer la clinique par les recherches de laboratoire, tel est leur but.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, **24 fr.** — Départements, **25 fr.** — Union postale, **26 fr.**

REVUE D'ORTHOPÉDIE

PARAISANT TOUTS LES DEUX MOIS

SOUS LA DIRECTION DE

M. le D^r KIRMISSON

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES

Avec la collaboration des Professeurs

O. LANNELONGUE — A. PONCET — DENUCÉ — PHOCAS

Secrétaire de la Rédaction : **D^r GRISEL**

Paraît par fascicules grand in-8° d'environ 112 pages,
avec figures dans le texte et nombreuses planches hors texte.

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, **15 fr.** — Départ., **17 fr.** — Union postale, **18 fr.**

REVUE NEUROLOGIQUE

Organe officiel de la Société de Neurologie de Paris

Publiée le 15 et le 30 de chaque mois

Direction : **E. BRISSAUD et P. MARIE**

Rédaction : **Henry MEIGE**

ABONNEMENT ANNUEL : Paris et Départements, 30 fr. — Union postale, 32 fr.
Le N° 4 fr. 50

Forme chaque année 1 volume in-8° d'environ 1000 pages, avec de nombreuses figures et contenant environ 70 mémoires originaux, plus de 1600 analyses et environ 3500 indications bibliographiques cataloguées par fiches détachables.

Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière

J.-M. CHARCOT

GILLES DE LA TOURETTE, PAUL RICHER, ALBERT LONDE

FONDATEURS

ICONOGRAPHIE MÉDICALE ET ARTISTIQUE

Patronage scientifique :

**J. Babinski, G. Ballet, E. Brissaud, Dejerine, E. Dupré,
A. Fournier, Grasset, Joffroy, Pierre Marie, Pitres, Raymond, Régis,
Séglas, et Société de Neurologie de Paris**

Direction : **Paul RICHER.** Rédaction : **Henry MEIGE**

Abonnement annuel : Paris, 30 fr. Départ., 32 fr. Union post., 33 fr. Le numéro, 6 fr.

Archives de Médecine des Enfants

PUBLIÉES TOUS LES MOIS PAR MM.

V. HUTINEL — O. LANNELONGUE — A. BROCA — J. COMBY — L. GUINON

A.-B. MARFAN — P. MOIZARD — P. NOBÉCOURT

D^r J. COMBY,

D^r R. ROMME,

Directeur de la Publication.

Secrétaire de la Rédaction

ABONNEMENT ANNUEL : Paris et Départements, 16 fr. Union postale, 18 fr.

Les Archives sont le plus important des recueils français de pédiatrie. Elles forment chaque année un volume d'environ 800 pages contenant des mémoires, des recueils de faits, des revues générales et plus de 250 pages de bibliographie et d'analyses.

Revue d'Hygiène et de Police sanitaire

Fondée par **E. VALLIN**

PUBLIÉE TOUS LES MOIS SOUS LA DIRECTION DU

D^r A.-J. MARTIN

Inspecteur général de l'assainissement de la Ville de Paris,

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 20 fr. — Départements, 22 fr. — Étranger, 23 fr.

PÉRIODIQUES MÉDICAUX

Le plus important des journaux français de médecine

LA
PRESSE MÉDICALE

Journal bi-hebdomadaire, paraissant le Mercredi et le Samedi

— DIRECTION SCIENTIFIQUE —

F. DE LAPERSONNE
Professeur
de clinique ophtalmologique
à l'Hôtel-Dieu.

E. BONNAIRE
Prof. agrégé, Accoucheur
de l'hôp. Lariboisière.

L. LANDOUZY
Prof. de clinique médicale
Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris
Membre de l'Acad. de méd.

M. LETULLE
Professeur agrégé,
Médecin de l'hôp. Boucicaut.

H. ROGER
Prof. de Pathologie exp.
à la Faculté de Paris,
Méd. de l'hôp. de la Charité.

M. LERMOYER
Médecin
de l'hôpital Saint-Antoine.

J.-L. FAURE
Professeur agrégé,
Chir. de l'hôp. Trousseau.

F. JAYLE
Ch. de cl. gyn. à l'hôp. Broca,
Secrétaire de la Direction.

Paris et Départements, 10 fr.; Union postale, 15 fr.

RÉDACTION :

P. DESFOSSES, Secrétaire de la Rédaction.

J. DUMONT — R. ROMME, Secrétaires.

Annales de Dermatologie ***
*** et de Syphiligraphie

Fondées par A. DOYON

PUBLIÉES PAR MM. Ernest BESNIER — L. BROcq — J. DARIER — A. FOURNIER
H. HALLOPEAU — G. THIBIERGE — W. DUBREUILH

Directeur de la Publication : Dr G. THIBIERGE

ABONNEMENT ANNUEL : Paris, 30 fr. — Départements et Union postale 32 fr.

Les abonnés des *Annales* reçoivent sans augmentation de prix le *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*.

Nouvelle publication périodique

Lyon Chirurgical

Publiant le Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon

REVUE MENSUELLE

COMITÉ DE RÉDACTION : MM. ALBERTIN, L. BÉCARD, P. CAVAILLON,
R. CONDAMIN, X. DELORE, M. DURAND, M. GANGOLPHE, G. GAYET, M. LABOULAY,
L. LAROYENNE, NOVÉ-JOSSERAND, M. PATEL, A. POLLOSSON, M. POLLOSSON, A. PONCET,
V. ROCHET, E. ROLLET, L. TIXIER, M. VALLAS, P. VIGRARD, E. VILLARD.

Secrétaire de la Rédaction : P. CAVAILLON.

Abonnement annuel : FRANCE, 15 francs; UNION POSTALE, 20 francs. (Les abonnements partent du 1^{er} novembre de chaque année).

NOUVELLES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

JOURNAL DE CHIRURGIE

Revue critique publiée tous les mois

PAR MM.

B. CUNÉO — A. GOSSET — P. LECÈNE — CH. LENORMANT — R. PROUST
Professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgiens des Hôpitaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM :

BAROZZI — A. BAUMGARTNER — L. BAZY — BENDER — CAPÈTE — CARAYEN
M. CHEYASSU — CHEVRIER — CHIFOLIAU — DE JONG — DESFOSSÉS — DEMAREST
DUJARIER — FREDET — GRISEL — GUIBÉ — P. HALLOPEAU — JEANBRAU
KENDIRDJY — KÜSS — LABEY — GEORGES LAURENS — LERICHE — LÉTIENNE
LEW — P. LUTAUD — MASCARENAS — P. MATHIEU — MERCADÉ — MOCQUOT
MUNCH — ORINCZYC — PAPIN — PICOT — SAUVÉ — WIART

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

J. DUMONT

Paraît le 15 de chaque mois. Chaque numéro contient les *Sommaires des principaux Périodiques chirurgicaux* spéciaux et de médecine générale, — les *Sommaires des Comptes rendus des Congrès et Sociétés de Chirurgie*, ainsi que des principaux Congrès et Sociétés mixtes de Médecine et de Chirurgie, — l'*Index des Thèses* et des *Livres de Chirurgie* les plus importants, — des *Analyses* très complètes — illustrées au besoin — des principaux articles, communications, ouvrages énumérés dans le Sommaire, — des *Informations* de nature à intéresser le chirurgien, — une *Revue générale* sur une question nouvelle.

En outre chaque numéro contient une *table analytique et alphabétique*, facilitant toutes les recherches.

ABONNEMENT : PARIS : 30 fr. — DÉPARTEMENTS : 32 fr. — ÉTRANGER : 34 fr. — Le N° : 3 fr.

Prix du tome premier (1903) : 30 fr.

Revue Générale d'Histologie

Comprenant l'exposé successif des principales questions d'anatomie générale, de structure, de cytologie, d'histogenèse, d'histo-physiologie, et de technique histologique.

PUBLIÉE PAR LES SOINS DE

J. RENAULT

Professeur d'Anatomie générale
à la Faculté de Médecine de Lyon,
Membre associé de l'Académie de Médecine.

CL. REGAUD

Professeur agrégé
Chef des travaux pratiques d'Histologie
à la Faculté de Médecine de Lyon.

La REVUE GÉNÉRALE D'HISTOLOGIE paraît sans périodicité rigoureuse par fascicules autant que possible monographiques. Un nombre de fascicules successifs, variable suivant l'importance de chacun d'eux, mais formant un total d'environ 800 pages, avec de nombreuses figures, constitue un volume. Il paraît un volume par année, en moyenne. L'abonnement est de 35 francs par volume. Chaque fascicule est rendu séparément.

63 197. — Imprimerie LARURE, rue de Fleurus, 9, à Paris

LANE MEDICAL LIBRARY

This book should be returned on or before
the date last stamped below.

108-4-49-62290

